

Les dépenses des ménages pour leur santé, comprenant les primes versées aux complémentaires santé ainsi que le reste à charge après remboursements par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et par l'assurance maladie complémentaire (AMC), représentent, en 2019, en moyenne 5 % de leur revenu disponible d'après le modèle de microsimulation Ines-Omar. Ce taux d'effort augmente avec l'âge, et est un peu plus élevé pour les plus démunis. En tenant également compte du coût du financement de l'AMO via les prélèvements sociaux, le taux d'effort des ménages pour l'ensemble de leurs dépenses de santé atteint en moyenne 15 % du revenu disponible avant prélèvement du financement de l'AMO en 2019.

L'assurance maladie obligatoire prend davantage en charge les dépenses de santé des ménages modestes

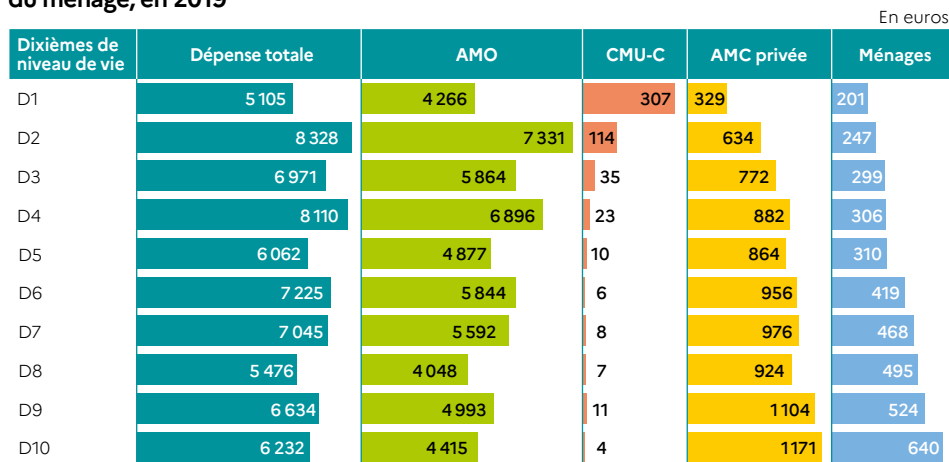
Les dépenses de santé individualisables et remboursables représentent en moyenne environ 6 700 euros par ménage en 2019 selon le modèle de microsimulation Ines-Omar (voir fiche 14 et annexe 2), et sont prises en charge à 82 % par l'assurance maladie obligatoire (AMO), à 12 % par l'assurance maladie complémentaire (AMC) et à 6 % par les ménages. Elles sont globalement plus élevées pour les ménages modestes que pour les ménages aisés, en raison d'un état de santé en moyenne plus dégradé (Fouquet, Pollak, 2022) et de maladies chroniques plus fréquentes (Allain, 2022), et ce, malgré des barrières d'accès aux soins limitant leur consommation de soins. Néanmoins, au sein du premier dixième de niveau de vie, les dépenses de santé sont les plus faibles : selon le modèle Ines-Omar 2019, les 10 % des ménages les moins aisés ont des dépenses moyennes de 5 100 euros par an. Ces ménages sont plus jeunes que la moyenne, plus fréquemment couverts par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) [40 %, contre 8 % pour l'ensemble de la population en 2019], mais aussi plus susceptibles de renoncer à des soins pour motif financier (Lapinte, Legendre, 2021).

Au contraire, les ménages du deuxième dixième de niveau de vie sont ceux qui consomment le plus de soins, 8 300 euros par an en moyenne (graphique 1).

Les remboursements par l'AMO compensent en grande partie ces différences : ils représentent environ 7 300 euros en moyenne pour un ménage du deuxième dixième de niveau de vie, contre environ 4 400 euros pour un ménage du dernier dixième. La part de l'AMO dans le financement de la dépense de santé diminue ainsi de 88 % dans le deuxième dixième de niveau de vie à 71 % dans le dernier dixième. Par ailleurs, la prise en charge des dépenses de santé par la CMU-C est presque entièrement concentrée sur les ménages du premier dixième de niveau de vie, qui reçoivent en moyenne 310 euros de remboursements complémentaires de la CMU-C.

En 2019, plus de 96 % de la population résidant en France métropolitaine âgée de 15 ans ou plus bénéficie d'une complémentaire santé (voir fiche 12) qui couvre une partie du reste à charge. Le montant des dépenses de santé financées par les complémentaires santé privées (soit hors CMU-C) croît avec le niveau de vie : ces dernières remboursent en moyenne seulement 330 euros par an pour les ménages du premier dixième de niveau de vie, dans la mesure où la CMU-C y est plus répandue. Les remboursements annuels

Graphique 1 Partage de la dépense de santé entre financeurs selon le niveau de vie du ménage, en 2019



AMC : assurance maladie complémentaire ; AMO : assurance maladie obligatoire ; CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire.

Note > Montant annuel moyen par ménage (en euros). Les barres sont proportionnelles au sein des colonnes mais pas entre les colonnes.

Lecture > Un ménage du premier dixième de niveau de vie (D1) a des dépenses de santé moyennes de 5 105 euros en 2019. Il reçoit en moyenne 4 266 euros par an de remboursement de l'AMO, 307 euros au titre de la CMU-C, 329 euros par son AMC privée éventuelle (hors CMU-C). Il reste alors en moyenne 201 euros à sa charge.

Champ > Ménages vivant en logement ordinaire ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'AMO, pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

Source > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

moyens sont de l'ordre de 630 euros par ménage du deuxième dixième de niveau de vie¹ ; ce montant augmente graduellement et double quasiment pour les ménages du dernier dixième. La part des dépenses financées par l'AMC s'accroît également avec le niveau de vie, passant de 6 % dans le premier dixième à 19 % dans le dernier dixième.

Enfin, le montant de restes à charge finaux pour les ménages (pour leurs dépenses de santé individualisables et remboursables) triple entre les ménages du premier et du dernier dixième, passant en moyenne de 200 euros annuels par ménage à 640 euros. Ainsi, la part des restes à charge dans la dépense totale de santé passe d'environ 3 % ou 4 % dans les quatre premiers dixièmes de niveau de vie (200 euros sur 5 100 euros pour le premier dixième par exemple, *graphique 1*) à 10 % dans le dernier dixième

(640 euros sur 6 200 euros), notamment en raison de soins plus fréquemment coûteux compte tenu de dépassements (voir fiche 14).

La part des dépenses de santé d'un ménage prises en charge par l'assurance maladie obligatoire augmente avec l'âge

Les dépenses de santé des ménages augmentent en moyenne très fortement avec l'âge de la personne la plus âgée du ménage, passant d'environ 3 500 euros annuels si celle-ci a moins de 40 ans, à près de 12 000 euros pour les 70 ans ou plus (*graphique 2*).

Les personnes âgées consomment des soins mieux remboursés par l'AMO, notamment des soins hospitaliers (Cometx, Pierre 2022), et bénéficient en plus grand nombre du dispositif d'exonération au titre d'une affection de longue durée (ALD) [Adjerad, Courtejoie, 2021] qui limite

1. Une proportion importante de personnes du deuxième dixième de niveau de vie bénéficiait en 2019 de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) [voir fiche 18] ; or les remboursements effectués dans le cadre des contrats souscrits par des bénéficiaires de l'ACS sont comptés comme des remboursements de l'AMC.

fortement les restes à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) [voir fiche 02]. C'est pourquoi le taux de prise en charge des dépenses de santé d'un ménage par l'AMO augmente avec l'âge de la personne la plus âgée. Même si la prise en charge par l'AMO compense partiellement l'augmentation des dépenses, le RAC AMO augmente avec l'âge. Ainsi, en moyenne, les ménages où toutes les personnes ont moins de 40 ans sont exposés à 850 euros de RAC AMO, contre 1 800 euros pour les ménages dont la personne la plus âgée a 70 ans ou plus. L'AMO prend en charge respectivement 76 % et 85 % de la dépense de santé pour ces deux groupes.

Au contraire, le taux de couverture par l'AMC de la dépense de santé diminue avec l'âge de la personne la plus âgée du ménage, passant de 16 % en moyenne pour les ménages dont tous les membres ont moins de 40 ans, à 10 % pour ceux dont un membre a 70 ans ou plus. Ainsi, les restes à charge après remboursements par l'AMO et par l'AMC augmentent avec l'âge de la personne la plus âgée d'un ménage, passant de 210 euros dans les ménages dont les membres ont moins de 40 ans, à 590 euros dans ceux au sein desquels la personne la plus âgée a 70 ans ou plus. Ceci est lié, d'une part, au recours

important des personnes âgées aux équipements dentaires, optiques et auditifs, occasionnant d'importants restes à charge avant l'entrée en vigueur de la réforme du 100 % santé, d'autre part aux moins bonnes garanties dont elles disposent. En effet, les personnes âgées bénéficient le plus souvent de contrats individuels (voir fiche 12) et, de ce fait, de garanties moins élevées que celles des contrats collectifs (voir fiche 27). Cependant la part de reste à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire (RAC AMC) dans la dépense de santé financée par les ménages reste à peu près constante, autour de 6 %.

Les ménages plus modestes ont des primes et restes à charge 3,5 fois plus faibles que les plus aisés

Le financement de l'AMO est progressif, c'est-à-dire qu'il représente une fraction croissante du revenu à mesure que le niveau de vie s'élève. La contribution des ménages au financement de l'AMO (*encadré 1*) est en moyenne de 1 200 euros pour un ménage du premier dixième de niveau de vie, contre 15 500 euros pour un ménage du dernier dixième (*tableau 1*).

Cependant, le financement de l'AMO pèse légèrement plus dans le revenu des ménages

Graphique 2 Partage de la dépense de santé entre financeurs selon l'âge de la personne la plus âgée du ménage, en 2019

Tranches d'âge	En euros				
	Dépense totale	AMO	CMU-C	AMC privée	Ménages
20-39 ans	3 458	2 612	93	545	206
40-59 ans	5 380	4 079	68	879	352
60-69 ans	7 431	6 100	38	849	443
70 ans ou plus	11 729	9 974	6	1 156	590
Ensemble	6 722	5 425	54	855	387

AMC : assurance maladie complémentaire ; AMO : assurance maladie obligatoire ; CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire.

Note > Montant annuel moyen par ménage (en euros). Les barres sont proportionnelles au sein des colonnes mais pas entre les colonnes.

Lecture > Un ménage dont l'individu le plus âgé a 70 ans ou plus a une dépense de santé annuelle moyenne de 11 729 euros en 2019, dont 9 974 euros lui sont remboursés par l'AMO. Il a 1 752 euros de reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO), dont, en moyenne, 6 euros pris en charge par la CMU-C, 1 156 euros par sa complémentaire santé privée éventuelle, et 590 euros restent finalement à la charge du ménage.

Champ > Ménages vivant en logement ordinaire ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'AMO, pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

Source > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

du premier dixième de niveau de vie que dans le revenu de ceux du deuxième dixième : le taux d'effort² pour le financement de l'AMO est de 9,0 % du revenu disponible avant prélèvement du financement de l'AMO pour les premiers, tandis qu'il s'élève à 8,0 % pour les seconds. Puis, le

taux d'effort pour le financement de l'AMO croît progressivement avec le niveau de vie au-delà du deuxième dixième. La légère régressivité du financement de l'AMO entre les ménages des deux premiers dixièmes de niveau de vie peut être due au poids important de la taxe sur la

Encadré 1 Le financement de l'assurance maladie obligatoire

Le modèle Ines-Omar permet d'étudier la répartition du financement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) entre les ménages. Les ménages financent l'AMO *via* des taxes et des cotisations sociales (Direction de la Sécurité sociale [DSS], 2020). La répartition de celles-ci entre les ménages est simulée par le modèle Ines, l'une des sources du modèle Ines-Omar. En 2019, les trois principales sources de financement de la branche maladie étaient les cotisations sociales brutes, à hauteur de 73 milliards d'euros, la contribution sociale généralisée (CSG) brute, à hauteur de 72 milliards d'euros, et la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) nette, pour un montant de 41 milliards d'euros, sur des recettes totales de 215 milliards d'euros (DSS, 2020).

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) sont financées par la taxe de solidarité additionnelle (TSA), qui s'applique aux primes de complémentaires santé (voir annexe 1 bis). La part de TSA qui excède les besoins de financement de la CMU-C et de l'ACS est affectée au financement de l'AMO. La convention adoptée dans cette fiche consiste à compter l'intégralité de la TSA avec les primes.

Tableau 1 Dépenses affectées au financement du système de santé et au paiement des soins, selon le niveau de vie des ménages, en 2019

En euros			
Dixièmes de niveau de vie	Financement de l'AMO	Primes de complémentaire santé	Reste à charge après AMC
D1	1 219	399	201
D2	1 891	776	247
D3	2 577	993	299
D4	3 264	949	306
D5	3 995	1 033	310
D6	4 898	1 114	419
D7	5 661	1 216	468
D8	6 903	1 255	495
D9	8 804	1 340	524
D10	15 507	1 465	640
Ensemble des ménages	5 363	1 046	387

AMC : assurance maladie complémentaire ; AMO : assurance maladie obligatoire.

Note > Montant annuel moyen par ménage (en euros).

Lecture > Un ménage du cinquième dixième de niveau de vie (D5) contribue au financement de l'AMO à hauteur de 3 995 euros par an en moyenne, et verse en moyenne 1 033 euros de primes de complémentaire santé par an (taxe de solidarité additionnelle [TSA] incluse, hors participation employeur et chèque d'aide au paiement d'une complémentaire santé [ACS]). 310 euros restent en moyenne à sa charge après remboursements par l'AMO et l'AMC.

Champ > Ménages vivant en logement ordinaire ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'AMO, pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

Source > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

2. Le taux d'effort pour le financement de l'AMO est défini comme la somme des contributions d'un ménage au financement de l'AMO (*encadré 1*) rapportée à son revenu disponible avant prélèvement du financement de l'AMO *via* la CSG et les cotisations sociales.

valeur ajoutée (TVA) dans les sources de financement de l'AMO depuis 2019³ (Direction de la Sécurité sociale [DSS], 2020), qui pèse davantage dans le revenu des ménages du premier dixième de niveau de vie que dans celui du deuxième dixième (Cour des comptes, 2023).

Le montant des primes de complémentaires payées par les ménages⁴ (encadré 2) augmente avec leur niveau de vie (tableau 1). Les ménages du premier dixième de niveau de vie paient en moyenne 400 euros par an, en raison de leur fort taux de couverture par la CMU-C (40 %), et de leur non-couverture plus fréquente que pour l'ensemble de la population (9 % contre 4 %). Les ménages du deuxième dixième s'acquittent d'un montant de primes d'environ 780 euros par an en moyenne, en raison notamment du taux de bénéficiaires de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) dans ce dixième (9 %) en 2019. Puis les primes annuelles moyennes progressent plus modérément entre les ménages

du troisième et du dernier dixième, passant de 1 000 euros à 1 500 euros en moyenne. Les RAC AMC restent très modérés pour les ménages du premier dixième (200 euros), même s'il est nécessaire de les rapporter au revenu de ces ménages pour mesurer l'effort financier consenti. Enfin, les RAC AMC sont multipliés par 2,5 en moyenne entre les ménages du deuxième dixième et ceux du dernier dixième, passant de 250 euros environ à 640 euros.

Les primes et restes à charge pèsent 6 % du revenu des ménages les plus précaires, contre 3 % de celui des plus aisés

Le taux d'effort des ménages en primes et restes à charge, défini comme la somme des primes versées aux complémentaires et des RAC AMC rapportée à leur revenu disponible après prélèvement du financement de l'AMO via la CSG et les cotisations sociales⁵, diminue fortement avec le niveau de vie. Il atteint presque 6 % du

Encadré 2 Ajustement des primes au champ des dépenses de santé du modèle Ines-Omar

Le modèle Ines-Omar décrit les dépenses de santé, les remboursements par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et par les complémentaires sur le champ des dépenses de santé individualisables présentées au remboursement de l'AMO. Les dépenses de santé non remboursables par l'AMO (comme l'ostéopathie, ou les séances de psychologue jusqu'en 2022), ainsi que les dépenses remboursables mais dont l'AMO n'a pas eu connaissance, ne sont donc pas prises en compte par le modèle Ines-Omar.

Or les primes versées aux complémentaires santé financent aussi le remboursement par ces complémentaires de soins non remboursables par l'AMO, et donc situés en dehors du champ d'Ines-Omar. Si l'on ne corrigeait pas cet écart de champ entre primes et remboursements, les primes simulées dans le modèle Ines-Omar paraîtraient excessives au regard des prestations prises en compte par le modèle.

De ce fait, les primes sont calées dans le modèle Ines-Omar (voir annexe 2), de sorte que leur montant total soit égal à la somme des remboursements des complémentaires simulés dans le modèle, auxquels viennent s'ajouter des frais de gestion et une marge commerciale (de Willencourt, 2023). Les primes de contrats individuels et collectifs sont calées séparément, en distinguant leur taux de frais de gestion et leur taux de marge.

3. Cela explique que cette régressivité ne se constatait pas en 2017 (Fouquet, Pollak, 2022, basé sur le modèle Ines-Omar 2017), même si les évolutions de montants entre les différents millésimes d'Ines-Omar ne peuvent pas être directement comparées en raison d'évolutions méthodologiques.

4. Dans cette fiche, on considère le montant des primes réellement à la charge des ménages, c'est-à-dire en retirant la participation éventuelle de l'employeur pour des contrats collectifs ou le montant du chèque ACS pour ses bénéficiaires (voir fiche 18), mais en incluant les taxes portant sur les primes.

5. Contrairement au taux d'effort des ménages pour le financement de l'AMO, le taux d'effort des ménages en primes et restes à charge en santé s'appuie sur le revenu après prélèvement de la CSG et des cotisations sociales. Le taux d'effort des ménages pour l'ensemble de leurs dépenses de santé défini ci-après ne correspond donc pas à la somme de ces deux taux d'effort.

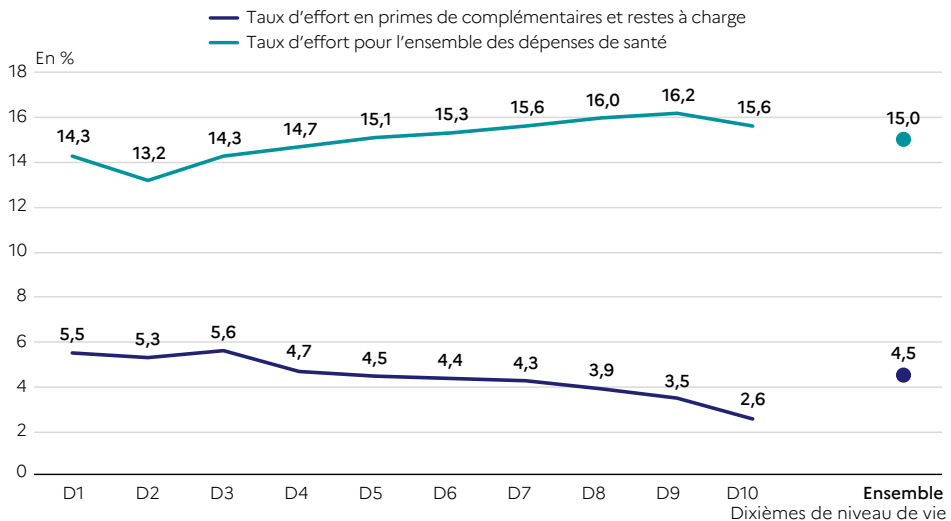
revenu disponible pour les ménages du premier dixième de niveau de vie (graphique 3), en dépit des dispositifs d'aide ciblant les publics précaires et modestes (comme la CMU-C et l'ACS), et de leurs primes et RAC AMC plus faibles. Ce taux d'effort est stable jusqu'au troisième dixième de niveau de vie, et descend graduellement jusqu'à moins de 3 % pour les ménages les plus aisés.

Le taux d'effort global pour l'ensemble des dépenses de santé, qui inclut le financement de l'AMO via les prélèvements sociaux, venant s'ajouter aux primes versées aux complémentaires, et aux RAC AMC, s'établit à 15 % du revenu disponible des ménages avant prélèvement du financement de l'AMO. Il atteint 14 % pour les ménages du premier dixième de niveau de vie, puis recule pour les ménages du deuxième dixième. Enfin, il augmente graduellement, et atteint 16 % pour les ménages situés au-dessus de septième dixième.

Le taux d'effort en primes et restes à charge augmente avec l'âge et pèse particulièrement chez les retraités les plus modestes

Le montant des primes de complémentaires versé par les ménages est trois fois plus élevé pour les ménages dont la personne la plus âgée a 70 ans ou plus que pour ceux dont la personne la plus âgée a entre 40 et 59 ans (voir fiche 11). En effet, les personnes âgées sont presque exclusivement couvertes par des contrats individuels, entièrement à la charge des assurés et dont les primes augmentent avec l'âge, contrairement aux contrats collectifs pris en charge en partie par l'employeur. Le RAC AMC augmente également avec l'âge, passant de 210 euros dans les ménages où la personne la plus âgée a entre 20 et 39 ans, à près de 600 euros dans les ménages avec une personne de 70 ans ou plus (tableau 2). Ainsi, le taux d'effort des ménages en primes et restes à charge,

Graphique 3 Taux d'effort des ménages pour l'ensemble de leurs dépenses de santé selon leur niveau de vie, en 2019



Note > Montant annuel moyen par ménage exprimé en pourcentage du revenu disponible, après puis avant prélèvement du financement de l'assurance maladie obligatoire (AMO).

Lecture > Un ménage du premier dixième de niveau de vie (D1) consacre en 2019 en moyenne 5,5 % de son revenu disponible aux primes de complémentaire santé (taxe de solidarité additionnelle [TSA] incluse, hors participation employeur et chèque d'aide au paiement d'une complémentaire santé [ACS] éventuels) et au reste à charge final non couvert en santé. Il consacre en moyenne 14,3 % de son revenu disponible avant prélèvement du financement de l'AMO à l'ensemble de ses dépenses de santé (contribution au financement de l'AMO, primes, reste à charge).

Champ > Ménages vivant en logement ordinaire ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'AMO, pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

Source > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

représentant en moyenne 5 % du revenu disponible des ménages, augmente avec l'âge (graphique 4). Il passe de 3 % pour les ménages dont tous les membres ont moins de 40 ans, à 7 % pour les ménages dont une personne au moins dépasse 70 ans. Ces derniers ménages ont d'une part des revenus plus faibles, d'autre part des dépenses liées à leur santé (RAC AMC et primes) plus élevées.

Toujours d'après le modèle Ines-Omar, parmi les ménages dont la personne la plus âgée a entre 56 et 65 ans, ceux au sein desquels une personne est retraitée versent des primes plus élevées (1 300 euros par an contre 1 000 euros en moyenne). En effet, les personnes qui disposaient de contrats collectifs perdent la part prise en charge par leur employeur en arrivant à la retraite,

et les primes des contrats individuels augmentent avec l'âge, même lorsque les garanties souscrites sont finalement moins bonnes. En revanche, le RAC AMC des ménages dont le membre le plus âgé a entre 56 et 65 ans est presque identique selon que le ménage comprend un retraité ou non (430 euros contre 380 euros). En fin de compte, le taux d'effort en primes et restes à charge des ménages au sein desquels la personne la plus âgée a entre 56 et 65 ans et comprenant un retraité est plus élevé que celui des ménages du même âge sans retraité : 6 % contre 4 %. Parmi l'ensemble des ménages au sein desquels une personne au moins est retraitée, ce taux d'effort atteint 8 % chez les 20 % des ménages les plus modestes, tandis qu'il est de 4 % chez les 20 % d'entre eux les plus aisés. ■

Tableau 2 Dépenses affectées au financement du système de santé et au paiement des soins, selon l'âge de la personne la plus âgée du ménage, en 2019

En euros			
Tranches d'âge	Financement de l'AMO	Primes de complémentaire santé	Reste à charge après AMC
20-39 ans	5 374	510	206
40-59 ans	7 935	989	352
60-69 ans	4 300	1 279	443
70 ans ou plus	2 344	1 534	590
Ensemble des ménages	5 363	1 046	387

AMC : assurance maladie complémentaire ; AMO : assurance maladie obligatoire.

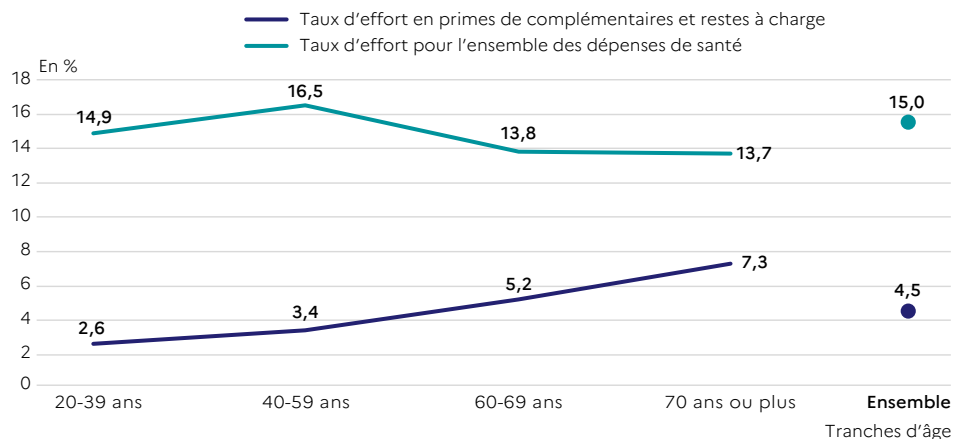
Note > Montant annuel moyen par ménage (en euros).

Lecture > Par an, en moyenne, un ménage dont l'individu le plus âgé a plus de 70 ans finance l'AMO à hauteur de 2 344 euros et verse 1 534 euros de primes de complémentaire santé (taxe de solidarité additionnelle [TSA] incluse, hors participation employeur et chèque d'aide au paiement d'une complémentaire santé [ACS]). 590 euros restent à sa charge après remboursements par l'AMO et l'AMC.

Champ > Ménages vivant en logement ordinaire ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'AMO, pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

Source > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

Graphique 4 Taux d'effort des ménages pour l'ensemble de leurs dépenses de santé selon l'âge de la personne la plus âgée du ménage, en 2019



Note > Montant annuel moyen par ménage exprimé en pourcentage du revenu disponible.

Lecture > Un ménage dont l'individu le plus âgé a plus de 70 ans consacre en moyenne 13,7 % de son revenu disponible avant prélèvement du financement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) à l'ensemble de ses dépenses de santé (contribution au financement de l'AMO, primes, restes à charge). Il dépense en moyenne 7,3 % de son revenu disponible en primes de complémentaire (taxe de solidarité additionnelle [TSA] incluse, hors participation de l'employeur et chèques d'aide au paiement d'une complémentaire santé [ACS] éventuels) et en restes à charge en santé.

Champ > Ménages vivant en logement ordinaire ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'AMO, pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

Source > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

Pour en savoir plus

- > Les données en datavisualisation sur les dépenses de santé et leur prise en charge par l'assurance maladie obligatoire en France sont disponibles dans l'espace Datavisualisation de la DREES.
- > **Adjerad, R., Courtejoie, N.** (2021, janvier). Des restes à charge après assurance maladie obligatoire comparables entre patients âgés avec et sans affection de longue durée, malgré des dépenses de santé 3 fois supérieures. DREES, *Études et Résultats*, 1180.
- > **Allain, S.,** (2022, octobre). Les maladies chroniques touchent plus souvent les personnes modestes et réduisent davantage leur espérance de vie. DREES, *Études et Résultats*, 1243.
- > **Cometx, R., Pierre, A.** (2022, décembre). Plus les dépenses de santé sont importantes, plus la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est élevée. DREES, *Études et Résultats*, 1251.
- > **Cour des comptes** (2023, septembre). La TVA est-elle un impôt juste ? *Les notes du Conseil des prélèvements obligatoires (CPO)*, 6.
- > **de Williencourt, C.** (2023). *Rapport 2023 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*. Paris, France : DREES.
- > **Direction de la Sécurité sociale (DSS)** (2020). Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2019, prévisions 2020 et 2021.
- > **Fouquet, M., Pollak, C.** (2022, février). L'assurance maladie publique contribue fortement à la réduction des inégalités de revenu. DREES, *Études et Résultats*, 1220.
- > **Jess, N. et al.** (2015). Les dépenses de santé à la charge des ménages retraités. Note de la DREES pour la séance du Conseil d'orientation des retraites (COR) du 14 octobre 2015.
- > **Lapinte, A., Legendre, B.** (2021, juillet). Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres. DREES, *Études et Résultats*, 1200.