

ÉTUDES et RÉSULTATS

août 2025
n° 1345

Dépenses de santé: un taux d'effort progressif chez les actifs, plus faible chez les retraités aisés et très élevé pour certains ménages modestes

En 2019, les soins de santé représentent en moyenne 15 % du revenu des ménages, en cumulant leurs restes à charge, les primes d'assurance versées aux complémentaires santé, mais aussi les prélèvements finançant l'assurance maladie obligatoire. Ce « taux d'effort » varie sensiblement selon les ménages : 7 % pour les 10 % de ménages pour lesquels la santé pèse le moins dans le revenu, 23 % pour les 10 % de ménages pour lesquels elle pèse le plus (« top 10 % »), et même 34 % pour 1 % des ménages (« top 1 % »).

Les actifs en emploi sont surreprésentés dans le top 10 % : ils constituent les trois quarts des ménages aux taux d'effort élevés. En effet, salariés et indépendants contribuent davantage au financement de l'assurance maladie obligatoire que les autres ménages, du fait des cotisations maladie retenues sur les revenus d'activité.

Toutes sources de financement confondues, les actifs en emploi très aisés consacrent 18 % de leur revenu à la santé, contre 11 % pour les retraités très aisés. Pour les ménages très modestes, les taux d'effort sont plus proches entre actifs en emploi et retraités (15 % et 14 %). Ainsi, alors que les taux d'effort augmentent en moyenne avec le niveau de vie pour les actifs en emploi, ils diminuent pour les retraités.

Enfin, les taux d'effort les plus extrêmes (top 1 %) sont acquittés par des ménages souvent modestes, parfois retraités, parfois en affection de longue durée (ALD) et ayant peu recours à la complémentaire santé solidaire. Pour ces ménages, les primes des complémentaires et les restes à charge pèsent lourdement sur le revenu.

Odran Bonnet, Alexandre Fauchon (DREES)

« La protection contre le risque et les conséquences de la maladie est assurée à chacun, indépendamment de son âge et de son état de santé. Chacun contribue, en fonction de ses ressources, au financement de cette protection » : ainsi sont définis les principes d'équité qui doivent régir le système d'assurance santé selon le Code de la sécurité sociale ([art. L111-2-1, I](#)). Ces principes sont communément résumés dans la formule : « De chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins ». Mais dans quelle mesure le financement des dépenses pour la santé est-il réellement fonction des capacités contributives des ménages, autrement dit de leurs moyens ?

Le système d'assurance santé repose sur une combinaison entre un secteur public représenté par l'assurance maladie obligatoire, et un secteur privé constitué des organismes complémentaires. Ces entités remboursent tout ou partie des dépenses de santé engagées par les ménages, qui les financent de trois manières : par le biais des cotisations et taxes alimentant l'assurance maladie obligatoire, via les primes versées aux complémentaires santé et, enfin, en s'acquittant des restes à charge lorsque les remboursements ne couvrent pas l'intégralité des soins. L'assurance maladie obligatoire assure en moyenne 81 % du financement des dépenses de santé, avec un taux de prise



Retrouvez toutes nos données sur [data.drees](#)

- en charge plus élevée pour les dépenses importantes, notamment à l'hôpital (Cometx, Pierre, 2022). Toutefois, en l'absence de mécanisme de plafonnement, des sommes conséquentes peuvent subsister après remboursements par l'assurance maladie obligatoire du fait des tickets modérateurs, forfaits journaliers, participations forfaitaires et dépassements d'honoraires. Les participations financières à l'hôpital (ticket modérateur et forfait journalier) apparaissent les plus inéquitables, dans la mesure où elles pénalisent les plus modestes quand ces derniers ne sont pas couverts par une assurance complémentaire (Perronnin, 2016). Les montants de reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire atteignent en moyenne 2 200 euros annuels pour les 10 % de personnes le plus exposées, 5 400 euros pour les 1 % et 10 000 euros pour les 0,1 % (Adjerad, Courtejoie, 2020). Parmi les 10 % de patients concernés par les restes à charge les plus élevés, plusieurs profils se distinguent : des seniors avec des dépenses élevées en optique et audioprothèses, des patients atteints de maladies chroniques, des actifs nécessitant des soins dentaires et des personnes modestes hospitalisées en établissement public (Franc, Pierre, 2016). Le top 0,1 % comprend, quant à lui, surtout des patients occasionnels de soins de ville confrontés à de forts dépassements, des malades ayant une consommation continue de soins en ville et à l'hôpital et des personnes âgées en fin de vie (Adjerad, Courtejoie, 2020). À la différence des publications précédemment citées, cette étude considère l'ensemble des dépenses réellement engagées par les ménages pour la santé. Ces dépenses incluent les montants permettant de financer l'assurance maladie obligatoire (cotisations, taxes, etc.) et les complémentaires santé, ainsi que les restes à charge finaux (après remboursements de l'assurance maladie complémentaire). Une complémentaire allège les restes à charge

des patients en remboursant une partie des dépenses engagées¹, mais elle génère aussi un coût pour ceux qui y souscrivent, via le versement des primes d'assurance (ou « cotisations » d'assurance). Les garanties de remboursement varient sensiblement en fonction du contrat souscrit, ce qui crée des inégalités dans la couverture du risque maladie. En outre, en 2019, 4 % des personnes ne sont pas couvertes par une complémentaire santé (Lapinte, *et al.*, 2024). Elles sont 12 % parmi les 10 % de personnes les plus modestes. De façon cohérente avec cette approche globale du coût de la santé², l'analyse porte sur les ménages plutôt que sur les patients. En effet, certains frais sont difficilement rattachables à un unique individu, comme les primes d'assurance quand la complémentaire santé couvre plusieurs personnes du ménage, ou encore les prélèvements obligatoires, qui sont en majorité calculés sur la base des ressources du foyer fiscal. L'analyse s'appuie sur le modèle de microsimulation Ines-Omar (**encadré 1**). Afin d'évaluer le poids financier total supporté par des ménages aux niveaux de vie variés, un taux d'effort est calculé. Il représente la part du revenu consacrée par les ménages à leur santé, que ce soit via les restes à charge, les primes d'assurance ou les taxes et prélèvements finançant l'assurance maladie obligatoire.

Les ménages du top 10 % consacrent 23 % de leur revenu au financement de la santé

En 2019, l'ensemble des ménages consacrent en moyenne 15 % de leur revenu au financement de la santé (**graphique 1**). Cela représente environ 6 800 euros par an (**tableau complémentaire A³**), contre, à titre d'exemple, 4 400 euros pour les produits alimentaires et les boissons non alcoolisées (Demoly, Schweitzer, 2020), sur des données de 2017.

Encadré 1 Le modèle de microsimulation Ines-Omar 2019

L'outil de microsimulation [Ines-Omar 2019](#) construit par la DREES est un rapprochement de plusieurs bases de données permettant d'étudier au niveau individuel le partage de la dépense entre l'assurance maladie obligatoire, l'organisme de complémentaire santé et la personne. Il permet également d'étudier les propriétés redistributives du système d'assurance maladie (Fouquet, Pollak, 2022). La microsimulation permet de pallier l'absence de source exhaustive sur les remboursements des complémentaires santé, mais aussi d'éviter les imprécisions caractérisant les données sur les restes à charge collectées par enquête^{*} (Poulon, 2024).

L'édition 2019 du modèle Omar repose sur l'enquête santé européenne (EHIS) 2019, qui couvre le champ des individus de 15 ans ou plus, et sur l'enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie (SRCV) 2017, pour les individus de moins de 15 ans. Au total, il repose sur un échantillon de 17 000 individus représentatifs de l'ensemble des ménages ordinaires de France métropolitaine. Les données relatives aux dépenses et aux remboursements de santé par l'assurance maladie obligatoire proviennent du Système national des données de santé (SNDS), apparié directement aux adultes de l'enquête EHIS 2019 et indirectement aux enfants de l'enquête SRCV 2017. Afin de calculer les primes versées et les remboursements des organismes complémentaires, un contrat provenant de l'enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire (enquête OC) 2019

est attribué à chaque individu selon ses caractéristiques (statut d'activité, âge) et le type de contrat qu'il déclare avoir souscrit (montant de cotisations). Les dépenses de santé sont calées sur les comptes de la santé sur le champ France entière, en se restreignant aux dépenses remboursables et individualisables. Le pseudo-appariement du modèle Omar avec le modèle de microsimulation Ines 2019, renseignant sur les prélèvements sociaux et fiscaux, permet de connaître la contribution des ménages au financement de l'assurance maladie obligatoire et l'effet redistributif de celle-ci.

Ines-Omar 2019 est un modèle statique qui décrit les contributions des ménages au financement du système de santé sur un intervalle de temps délimité (l'année 2019). Il ne prend pas en compte les contributions passées et futures de chaque ménage, qui évoluent au fil du temps en fonction des variations de revenus, ou des changements de statut d'activité (actif en emploi, retraité, chômeur ou inactif hors retraité). Ainsi, il ne permet pas de mener des analyses en termes d'équité sur l'ensemble du cycle de vie. Il convient donc de rappeler que les retraités aisés, qui contribuent aujourd'hui proportionnellement moins au financement de l'assurance maladie obligatoire, étaient par le passé des actifs aux revenus élevés, contribuant alors davantage.

Les statistiques présentées ici sont calculées à partir d'une extraction d'Ines-Omar 2019 datant de juin 2025. De légères révisions sont possibles par rapport à des publications antérieures.

* Biais de mémoire, difficile extrapolation des dépenses récentes à une année complète, confusion par les enquêtés des montants avant et après remboursements, etc.

1. Les contrats responsables qui couvrent 98 % des bénéficiaires de contrats complémentaires prennent en charge l'ensemble des tickets modérateurs et des forfaits journaliers hospitaliers. En outre, les dépassements peuvent être partiellement pris en charge.
2. D'autres travaux tentent d'analyser les deux principes d'équité conjointement (non seulement « chacun selon ses moyens » mais également « chacun selon ses besoins », Jusot, 2016).
3. Les tableaux complémentaires sont disponibles avec les données associées à cette étude (lien en fin de publication).

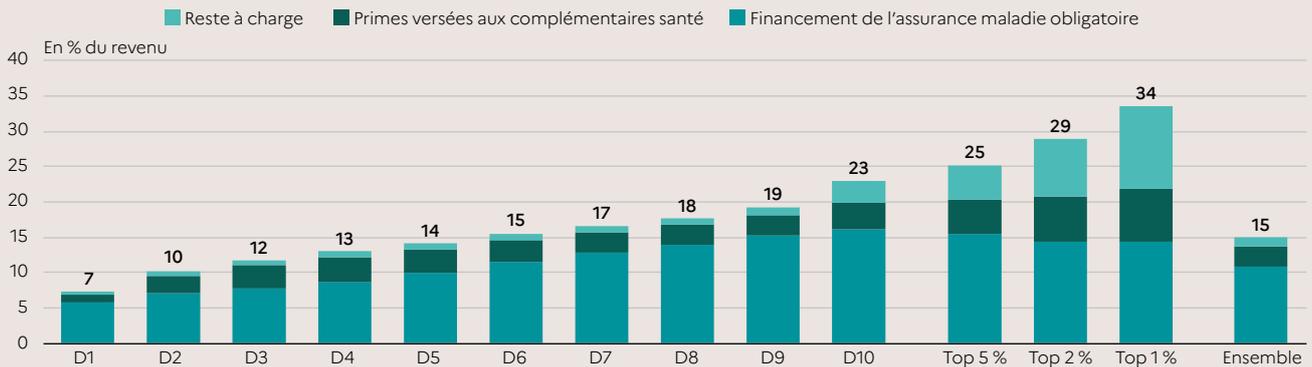
L'assurance maladie obligatoire prenant en charge la majorité des remboursements, elle perçoit l'essentiel des financements via les cotisations sociales maladie, la contribution sociale généralisée (CSG) et les taxes sur la consommation (TVA, etc.), qui représentent ensemble 11 % du revenu des ménages. Les primes d'assurance versées aux complémentaires santé se limitent à 3 % et les restes à charge après remboursements* à 1 %. Bien que ce taux d'effort moyen varie peu selon le niveau de vie ou l'âge (Lapinte, et al., 2024), il présente d'importants écarts selon les ménages. Ainsi, pour les 10 % des ménages avec les plus hauts taux d'effort, le financement de la santé représente

en moyenne 23 % du revenu, contre seulement 7 % pour les 10 % les moins exposés. Cette part atteint 34 % pour le 1 % de ménages qui s'acquittent des taux d'effort les plus extrêmes (encadré 2).

Ménages très aisés : 18 % du revenu des actifs en emploi consacré au financement de la santé, contre 11 % pour les retraités

Les 10 % de ménages ayant les taux d'effort les plus élevés se distinguent avant tout par une part importante de leur revenu allouée au financement de l'assurance maladie obligatoire (16 %).

Graphique 1 Décomposition du taux d'effort moyen, par dixième et centième de taux d'effort, en 2019



Note > D1 renvoie aux 10 % de ménages pour lesquels le taux d'effort est le plus faible (autrement dit, pour lesquels la santé pèse le moins dans le revenu) ; D10 correspond aux 10 % de ménages pour lesquels le taux d'effort est le plus élevé. Les top 5 %, 2 % et 1 %, correspondent aux 5 %, 2 % et 1 % de ménages aux taux d'effort les plus élevés. Les primes incluent les frais de gestion des organismes fournissant des complémentaires santé et la taxe de solidarité additionnelle (TSA). Elles sont considérées ici après déduction de la participation par l'employeur et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS).

Lecture > Les restes à charge représentent en moyenne 3 % du revenu disponible (avant prélèvements pour financement de l'assurance maladie obligatoire) des 10 % de ménages qui s'acquittent des taux d'effort les plus élevés.

Champ > Ménages non étudiants vivant en logement ordinaire, en France métropolitaine, et dont le revenu mensuel est supérieur à 100 euros.

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

> Études et Résultats n° 1345 © DREES

Encadré 2 Définitions, mesure du taux d'effort et du niveau de vie

Le taux d'effort principalement retenu dans cette étude correspond au financement total de la santé acquitté par les ménages (restes à charge, primes versées aux complémentaires santé, cotisations sociales maladie, contribution sociale généralisée [CSG], taxes sur la consommation et autres prélèvements permettant de financer l'assurance maladie obligatoire), rapporté à leur revenu.

Au numérateur, les seules dépenses de santé considérées sont celles individualisables et remboursables par l'assurance maladie obligatoire. Ceci conduit à exclure certains restes à charge (par exemple ceux liés à une chambre individuelle à l'hôpital) mais aussi à se restreindre à la seule part des taxes et prélèvements orientés vers le remboursement de ces dépenses. Les primes d'assurance considérées incluent la taxe de solidarité additionnelle (TSA), ainsi que les frais de gestion des organismes de complémentaires santé. Elles sont également diminuées d'une éventuelle participation employeur, et de l'éventuelle aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Si on incluait les participations employeurs aux coûts supportés par les ménages, cela augmenterait la différence de taux d'effort entre salariés et retraités.

Au dénominateur, le revenu correspond au revenu disponible des ménages « avant prélèvements permettant de financer l'assurance maladie obligatoire », c'est-à-dire augmenté des cotisations sociales maladie, de la CSG, de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) et des cotisations des micro-entreprises. Ces cotisations et contributions sont ainsi considérées comme des dépenses de santé obligatoires, venant réduire le revenu disponible des ménages.

Pour la catégorisation des ménages selon leur niveau de vie, cette étude retient un découpage en cinq groupes définis à partir du niveau de vie médian (André, et al., 2023). Les ménages « très modestes » ont un niveau de vie inférieur à 60 % du niveau de vie médian, les ménages « plutôt modestes, médians, plutôt aisés et très aisés » ont respectivement un niveau de vie compris entre 60 % et 90 %, 90 % et 120 %, 120 % et 180 %, et supérieur à 180 % du niveau de vie médian. En outre, les comparaisons dites « à âge donné » mettent en regard les caractéristiques des 10 % ou 1 % de ménages qui s'acquittent des plus hauts taux d'effort avec celles qu'auraient l'ensemble des ménages s'ils avaient la même structure d'âge (un calage sur marge est effectué pour aligner la structure d'âge de l'ensemble des ménages sur celle du top 10 % ou 1 % considéré).

Cette publication se restreint aux ménages vivant en logement ordinaire et dont le membre le plus âgé n'est pas étudiant. L'exclusion des ménages dits « étudiants » est courante dans les études sur la redistribution, du fait de la difficulté à mesurer leur niveau de ressources, et donc à calculer les statistiques qui y affèrent (ici, le taux d'effort). De même, sont exclus les ménages dont le revenu disponible mensuel, avant prélèvements pour financer l'assurance maladie obligatoire, est inférieur à un seuil de 100 euros. Il s'agit souvent de ménages d'indépendants qui peuvent décompter de leurs ressources un certain nombre de charges professionnelles. Cette restriction conduit à exclure du champ 0,1 % des ménages non étudiants. La sensibilité de la distribution des taux d'effort a été testée pour différents seuils d'exclusion de revenus.

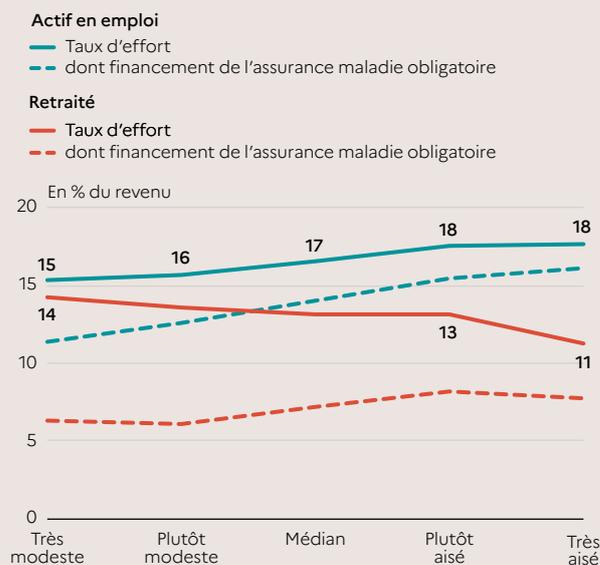
4. Seuls les restes à charge associés à des dépenses de santé « remboursables » par l'assurance maladie obligatoire sont considérés ici. À ceux-ci peuvent s'ajouter des restes à charge liés à des soins non remboursés par l'assurance maladie obligatoire (supplément chambre individuelle à l'hôpital, prestations à la périphérie des soins de santé : ostéopathie, psychothérapie, etc.).

Cette part se compose de 7 % de cotisations sociales maladie, 5 % de CSG et 4 % de taxes sur la consommation (*tableau complémentaire B*). Les cotisations sociales et la CSG sont calculées en appliquant un taux de prélèvement à un revenu donné. Ce taux dépend de la nature et du niveau des revenus. Les actifs en emploi sont soumis à des taux de prélèvement plus élevés que les retraités ou les chômeurs, et les hauts salaires supportent une charge plus importante que les bas salaires⁵. Par conséquent, la part du financement de l'assurance maladie obligatoire dans le revenu est plus élevée pour les ménages aisés que pour les ménages modestes⁶, mais elle l'est également plus pour les actifs en emploi que pour les retraités. Ainsi, le financement de l'assurance maladie obligatoire atteint 16 % du revenu des actifs en emploi très aisés⁷, soit une proportion deux fois plus importante que pour les retraités avec un niveau de vie équivalent (*graphique 2*). Cet écart au sein des ménages très aisés s'explique par les cotisations sociales maladie : elles représentent 8 % du revenu des actifs en emploi, contre seulement 1 % de celui des retraités (*tableau complémentaire C*). Pour les ménages très modestes, le financement de l'assurance maladie obligatoire s'élève à 11 % lorsque la personne la plus âgée du ménage est active et en emploi, et à 6 % si elle est retraitée. L'écart s'explique ici à la fois par des cotisations sociales maladie et une CSG plus importantes pour les actifs en emploi très modestes que pour les retraités de niveau de vie comparable.

Toutes sources de financement confondues (en incluant primes des complémentaires santé et restes à charge) et à niveau de vie équivalent, les ménages d'actifs en emploi consacrent une part plus importante de leur revenu aux soins de santé que les retraités. La différence est marquée pour les ménages très aisés : leur taux d'effort atteint 18 % lorsque la personne la plus âgée est active et en emploi, contre 11 % lorsqu'elle est retraitée. Pour les ménages très modestes, les taux d'effort sont plus proches entre actifs en emploi et retraités (15 % et 14 %).

Les restes à charge et les primes aux complémentaires santé atténuent la progressivité du système de santé. Ceci est particulièrement marqué parmi les retraités, car leurs restes à charge et primes sont en général plus élevés (*encadré 3*). Les retraités très aisés consacrent ainsi aux soins de santé une part de leur revenu sensiblement inférieure à celle des retraités très modestes (11 % contre 14 %). Pour la population des retraités, le système de financement est donc régressif, alors qu'il est progressif pour les actifs en emploi. La forte contribution des actifs en emploi au financement de l'assurance maladie obligatoire explique leur surreprésentation parmi les 10 % de ménages affichant les taux d'effort les plus élevés. Parmi ces ménages, trois sur quatre ont pour personne la plus âgée un actif en emploi, alors qu'ils ne représentent que la moitié de l'ensemble des ménages (*graphique 3*). Signe des limites de la progressivité du système, les ménages d'actifs en emploi modestes sont légèrement surreprésentés dans le top 10 % : ils constituent 21 % de ces ménages, contre 17 % dans l'ensemble de la population (*tableau complémentaire D*). Au contraire, les retraités bénéficiant d'un niveau de vie médian à aisé sont largement sous-représentés parmi les taux d'effort élevés (6 % contre 22 %).

Graphique 2 Taux d'effort moyen selon le niveau de vie et la situation socioprofessionnelle de la personne la plus âgée du ménage, en 2019



Note > Ménages très modestes : niveau de vie inférieur à 60 % du niveau de vie médian de l'ensemble de la population. Ménages plutôt modestes : entre 60 % et 90 %. Ménages médians : entre 90 % et 120 %. Ménages plutôt aisés : entre 120 % et 180 %. Ménages très aisés : niveau de vie supérieur à 180 % du niveau de vie médian.

Lecture > En 2019, les dépenses pour les soins de santé représentent en moyenne 14 % du revenu disponible (avant prélèvements pour financement de l'assurance maladie obligatoire) des ménages très modestes dont la personne la plus âgée est retraitée. Ceci inclut leur contribution au financement de l'assurance maladie obligatoire (cotisations sociales maladie, contribution sociale généralisée, taxes sur la consommation, etc.) qui représente à elle seule, pour ces mêmes ménages, 6 % du revenu.

Champ > Ménages dont la personne la plus âgée est en emploi ou retraitée, vivant en logement ordinaire, en France métropolitaine, et dont le revenu mensuel est supérieur à 100 euros.

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

> Études et Résultats n° 1345 © DREES

Les ménages modestes confrontés plus fréquemment aux taux d'effort extrêmes

En 2019, au sein des 10 % de ménages qui s'acquittent des plus hauts taux d'effort, le poids de la santé dans le revenu est très hétérogène. Il s'élève à 23 % pour les ménages du top 10 %, à 25 % pour ceux du top 5 %, 29 % dans le top 2 % et atteint 34 % dans le top 1 %. La structure du taux d'effort évolue à mesure que l'on se concentre sur les ménages aux taux les plus extrêmes : les restes à charge augmentent significativement, passant de 3 % du revenu pour les 10 % les plus exposés à 12 % pour le 1 % le plus concerné. Les primes d'assurance suivent une tendance similaire (de 4 % à 8 %). En revanche, la part du revenu dédiée au financement de l'assurance maladie obligatoire diminue sous l'effet d'une baisse de la part des cotisations maladie dans le revenu (de 16 % à 14 %). Les restes à charge s'élèvent en moyenne à 2 400 euros par an pour le 1 % des ménages avec les taux d'effort les plus élevés. Ces derniers sont en général confrontés à des dépenses de santé

5. Par exemple, en 2019, le taux de CSG applicable aux revenus d'activité s'élève à 9,2 %. Il est inférieur pour les pensions de retraite pour lesquelles il varie entre 0 % et 8,3 % selon le revenu fiscal de référence du ménage. De plus, des cotisations sociales maladie sont prélevées sur certains revenus ; elles s'élèvent à 7 % du salaire pour les salariés du privé rémunérés en dessous de 2,5 smic, et à 13 % pour les autres. Les retraités du secteur privé payent des cotisations sociales maladie uniquement sur leur retraite du régime complémentaire et non sur leur pension du régime de base, et à un taux plus faible que les salariés.

6. Le statut socioprofessionnel d'un ménage, son état de santé, etc. sont définis suivant les caractéristiques de son membre le plus âgé. La personne la plus âgée du ménage n'a pas nécessairement les mêmes caractéristiques que les autres membres : il s'agit donc d'une simplification, mais qui rend possible l'analyse des taux d'effort des ménages suivant des dimensions plus individuelles.

7. Ménages très modestes : niveau de vie inférieur à 60 % du niveau de vie médian de l'ensemble de la population. Ménages très aisés : niveau de vie supérieur à 180 % du niveau de vie médian.

élevées mal couvertes, notamment en dentaire, ou ont des revenus faibles dans lesquels primes et restes à charge prennent un poids important.

Les ménages dans le top 1 % des taux d'effort sont modestes dans trois cas sur quatre, alors que les ménages modestes ne constituent que 41 % de l'ensemble des ménages (graphique 4). Parmi ces

ménages modestes avec des taux d'effort extrêmes, un peu moins de la moitié a pour membre le plus âgé une personne retraitée. Les ménages aux niveaux de vie médians à aisés sont sous-représentés dans le top 1 %, qu'ils soient constitués d'actifs en emploi (14 % contre 35 % parmi l'ensemble des ménages) ou retraités (9 % contre 22 %) [tableau complémentaire D].

Encadré 3 Une mesure alternative du taux d'effort, centrée sur les restes à charge et les primes

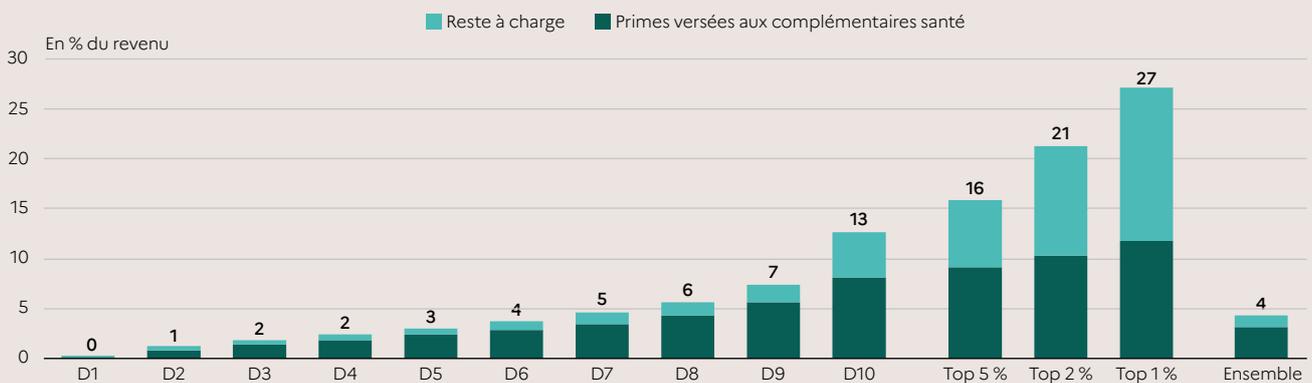
Le taux d'effort des ménages est souvent calculé sans prendre en compte le financement de l'assurance maladie obligatoire. Ce taux d'effort en « primes de complémentaires et restes à charge » rapporte les primes et restes à charge après remboursement de l'assurance complémentaire au revenu disponible du ménage après prélèvements pour financement de l'assurance maladie obligatoire. Un tel taux d'effort est peut-être plus proche de ce que les ménages considèrent dépenser en santé, mais plus éloigné de ce qu'ils payent réellement.

Les restes à charge et les primes d'assurance représentent en moyenne 4 % du revenu des ménages (graphique). Pour les 10 % de ménages s'acquittant des restes à charge et des primes d'assurance les plus élevés (relativement à leur revenu), ce taux s'élève à 13 %.

Il atteint 27 % pour le 1 % de ménages les plus concernés. Les restes à charge représentent en moyenne un quart de l'effort. Pour le top 1 % de ménages qui s'acquittent des taux d'effort les plus extrêmes, ces restes à charge représentent plus de la moitié de l'effort.

Les ménages de retraités au niveau de vie modeste sont fortement surreprésentés parmi les taux d'effort en « primes de complémentaires et restes à charge » élevés et extrêmes : ils constituent plus de la moitié de ces ménages dans le top 10 % et dans le top 1 % (tableau complémentaire G). Les ménages retraités sont en effet confrontés à des dépenses de santé potentiellement élevées, en lien avec leur âge, ainsi qu'à des primes de complémentaires conséquentes. Ces deux charges peuvent peser lourdement dans leurs revenus.

Décomposition du taux d'effort en primes de complémentaires et restes à charge moyen, selon le taux d'effort en primes de complémentaires et restes à charge, en 2019



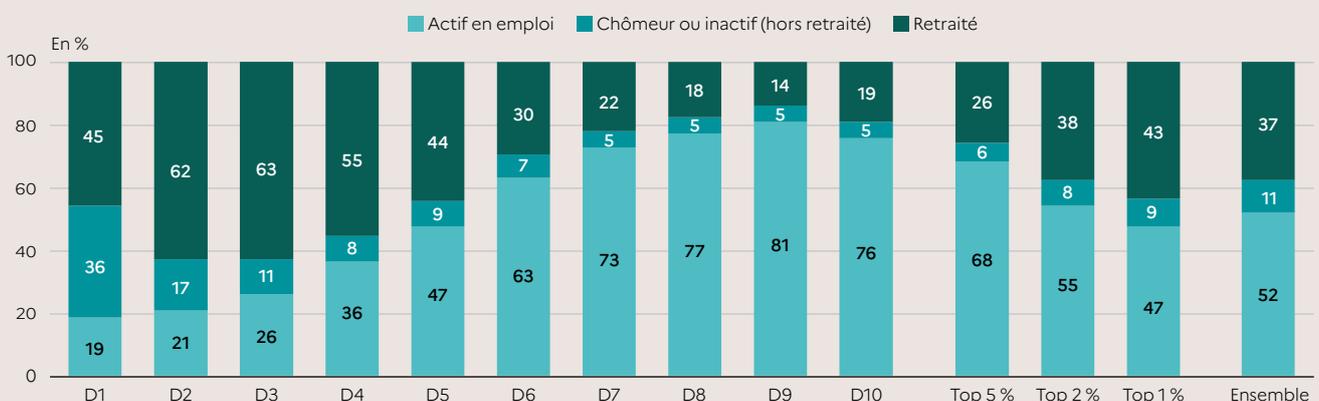
Note > D1 renvoie aux 10 % de ménages pour lesquels le taux d'effort en primes de complémentaires et restes à charge est le plus faible ; D10 correspond aux 10 % de ménages pour lesquels ce taux d'effort est le plus élevé. Les top 5 %, 2 % et 1 %, correspondent aux 5 %, 2 % et 1 % de ménages aux taux d'effort en primes de complémentaires et restes à charge les plus élevés.

Lecture > Les restes à charge représentent 5 % du revenu disponible (après prélèvements pour financement de l'assurance maladie obligatoire) des 10 % de ménages pour lesquels les restes à charge et primes pèsent le plus dans le revenu.

Champ > Ménages non étudiants vivant en logement ordinaire, en France métropolitaine, et dont le revenu mensuel est supérieur à 100 euros.

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

Graphique 3 Statut socioprofessionnel de la personne la plus âgée du ménage, par dixième et centième de taux d'effort, en 2019



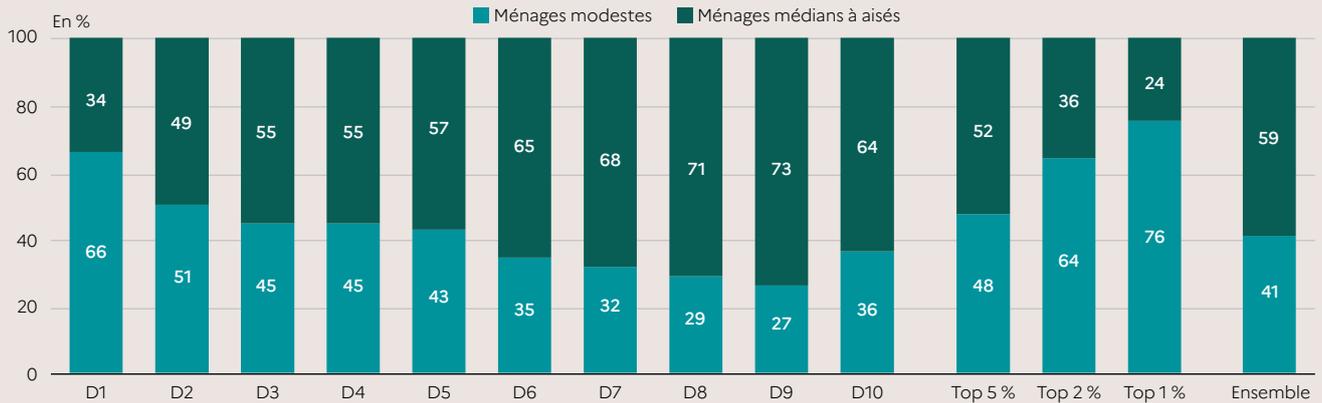
Note > Voir la note du graphique 1.

Lecture > Le membre le plus âgé des 10 % des ménages qui s'acquittent des taux d'effort les plus élevés est retraité dans 19 % des cas.

Champ > Ménages non étudiants vivant en logement ordinaire, en France métropolitaine, et dont le revenu mensuel est supérieur à 100 euros.

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

> Études et Résultats n° 1345 © DREES

Graphique 4 Niveau de vie, par dixième et centième de taux d'effort, en 2019

Note > Les ménages modestes ont un niveau de vie inférieur à 90 % du niveau de vie médian de l'ensemble de la population. Voir aussi la note du graphique 1.
Lecture > Parmi le 1 % des ménages qui s'acquittent des taux d'effort les plus élevés, 76 % sont modestes.
Champ > Ménages non étudiants vivant en logement ordinaire, en France métropolitaine, et dont le revenu mensuel est supérieur à 100 euros.
Source > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

> *Études et Résultats* n° 1345 © DREES

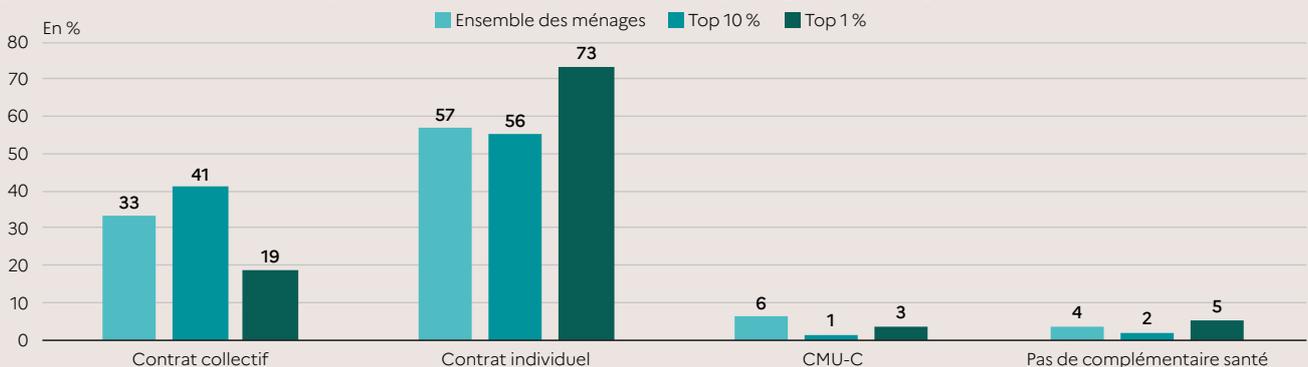
Le non-recours à la complémentaire santé solidaire (ex-CMU-C) accroît le risque de taux d'effort extrêmes

Dans le top 1 %, les primes versées aux complémentaires santé représentent 8 % du revenu, soit 5 points de plus que l'ensemble des ménages (tableau complémentaire E). Des dispositifs d'aide sont pourtant prévus pour alléger le poids des primes dans le revenu des ménages modestes. Deux problèmes coexistent : des ménages sont éligibles aux aides mais n'y ont pas recours, quand d'autres ont des ressources qui les placent juste au-dessus des seuils d'éligibilité. Jusqu'à fin 2019, avant son remplacement par la complémentaire santé solidaire (C2S)⁸, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) permettait aux ménages modestes de bénéficier d'une complémentaire santé gratuite. L'objectif de ce dispositif est de favoriser l'accès aux soins et de limiter les renoncements pour raisons financières. Les ménages appartenant au top 1 % sont majoritairement modestes et devraient, à ce titre, être plus fréquemment éligibles que l'ensemble des ménages. Le fait que la

part des bénéficiaires de ce dispositif dans le top 1 % soit proche de celle observée dans l'ensemble de la population (3 %, soit un écart de -3 points) [graphique 5], suggère des situations de non-recours à la CMU-C puis à la C2S, potentiellement par méconnaissance (Caro, et al., 2023).

Par ailleurs, les ménages retraités sont, sauf exception, au-dessus des seuils d'éligibilité à la CMU-C. Pour des retraités aux ressources faibles, les primes associées à un contrat de complémentaire santé pèsent lourdement dans le revenu, notamment en lien avec une tarification à l'âge.

L'importance des restes à charge pour le top 1 % des taux d'effort peut aussi résulter pour partie de moindres remboursements des soins par les complémentaires santé. Si les cas de non-couverture restent marginaux (5 %), 54 % des ménages du top 1 % souscrivent à un contrat collectif ou individuel peu couvrant dans la classification de la DREES (Lapinte, et al., 2024), c'est-à-dire offrant de faibles garanties de remboursement. C'est 9 points de plus que l'ensemble des ménages (tableau complémentaire F).

Graphique 5 Couverture complémentaire santé de la personne la plus âgée du ménage des top 10 % et top 1 %, en 2019

CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire.

Note > Les top 10 % et 1 % correspondent aux 10 % et 1 % de ménages aux taux d'effort les plus élevés.

Lecture > Le membre le plus âgé des 10 % des ménages qui s'acquittent des taux d'effort les plus élevés est couvert par une complémentaire collective dans 41 % des cas.

Champ > Ménages non étudiants vivant en logement ordinaire, en France métropolitaine, et dont le revenu mensuel est supérieur à 100 euros.

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

> *Études et Résultats* n° 1345 © DREES

8. La CMU-C est fusionnée avec l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) au 1^{er} novembre 2019 en un dispositif unique, la complémentaire santé solidaire (C2S). Cette réforme ne s'est pas traduite au cours des trois années suivantes par une augmentation du recours au dispositif (Lapinte, et al., 2024).

Parmi les taux d'effort extrêmes, des affections de longue durée dans quatre cas sur dix

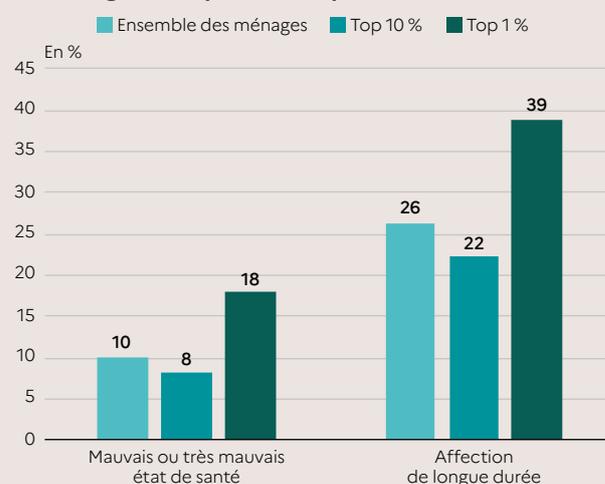
Le dispositif d'affection de longue durée (ALD) est destiné aux personnes concernées par une maladie dont la gravité ou le caractère chronique nécessite des soins prolongés et des traitements particulièrement coûteux. Il ouvre le droit à des remboursements supplémentaires par l'assurance maladie obligatoire, uniquement pour les soins liés à la maladie identifiée. Dans le top 1 % des taux d'effort, la personne la plus âgée du ménage est concernée par une ALD dans 39 % des cas (*graphique 6*). C'est 13 points de plus que dans l'ensemble des ménages et 6 points de plus à âge comparable. Les bénéficiaires du dispositif ALD peuvent avoir des restes à charge conséquents du fait des frais non pris en charge par le dispositif⁹ ou de dépenses de soins sans rapport avec l'affection de longue durée (le dispositif ALD concerne en effet des personnes âgées et en moins bonne santé que le reste de la population, qui ont à ce titre une consommation en soins importante en lien avec leur affection ou non).

Qu'elle soit ou non bénéficiaire du dispositif ALD, la personne la plus âgée des ménages du top 1 % déclare fréquemment un mauvais état de santé (dans 18 % des cas, soit +8 points par rapport à l'ensemble des ménages, +6 points à âge comparable) et des besoins de santé¹⁰ en dentaire (72 %, +5 points par rapport à l'ensemble des ménages, +5 points à âge comparable). De fait, dans le top 1 %, les prothèses dentaires représentent près de la moitié des restes à charge, soit 5 % du revenu, ou en moyenne 1 100 euros.

Ces constats, réalisés sur des données de 2019, sont susceptibles d'être atténués par la réforme du 100 % santé. Déployée entre 2019 et 2021, celle-ci vise en effet à assurer un reste à charge nul pour un ensemble d'équipements audio, dentaires et optiques. Le recours

aux équipements couverts par le 100 % santé n'étant pas systématique (Lapinte, *et al.*, 2024), les restes à charge pourraient néanmoins se maintenir à un niveau élevé pour le top 1 % des ménages s'acquittant des taux d'effort les plus extrêmes (*encadré 4*).

Graphique 6 État de santé de la personne la plus âgée du ménage des top 10 % et top 1 %, en 2019



Note > Les top 10 % et 1 % correspondent aux 10 % et 1 % de ménages aux taux d'effort les plus élevés.

Lecture > Le membre le plus âgé des 10 % des ménages qui s'acquittent des taux d'effort les plus élevés déclare un mauvais ou très mauvais état de santé dans 8 % des cas.

Champ > Ménages non étudiants vivant en logement ordinaire, en France métropolitaine, et dont le revenu mensuel est supérieur à 100 euros.

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

> *Études et Résultats* n° 1345 © DREES

Encadré 4 Une modélisation de la réforme du 100 % santé

Les résultats de cette étude portent sur l'année 2019, c'est-à-dire avant le déploiement complet de la réforme du 100 % santé. Mise en œuvre entre 2019 et 2021, celle-ci définit un panier d'équipements en prothèses auditives, dentaires et lunettes, pris en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé. 39 % des personnes ayant acquis un équipement audio en 2022 en ont choisi un pris en charge à 100 % grâce à la réforme. Pour les prothèses dentaires et l'optique, les taux de recours au panier du 100 % santé s'élèvent, quant à eux, à 57 % et 18 % (Lapinte, *et al.*, 2024). Par ailleurs, à l'issue du déploiement du 100 % santé, une hausse de la prime d'assurance des contrats individuels a été constatée, en particulier pour les assurés plus âgés (Pierre, *et al.*, 2025).

Deux scénarios sont simulés pour appréhender les effets à attendre de la réforme sur les taux d'effort extrêmes. Ces scénarios ne constituent pas une évaluation de la réforme pour laquelle il faudrait mobiliser des données postérieures à 2019, mais ont simplement pour objet de tester si la réforme est de nature à remettre en cause les conclusions de cette étude. Pour tenir compte d'un recours non systématique aux paniers couverts par le 100 % santé, les restes à charge en audio, prothèses dentaires et optique ne sont annulés que pour respectivement 39 %, 57 % et 18 % des patients avec une complémentaire santé ayant acquis un équipement relevant de ces postes de soins. Le premier scénario tire aléatoirement au sort les patients bénéficiant du 100 % santé, quand le second cible les patients aux niveaux de vie les plus modestes. Il est supposé dans les deux scénarios que la consommation de soins reste la même qu'en 2019.

* Cette approche présente plusieurs limites. Les évolutions des primes d'assurance constatées entre 2019 et 2021 ne sauraient être complètement assimilées à la réforme du 100 % santé. De plus, il est possible que les primes aient évolué différemment en fonction des garanties prévues par les différents contrats pré-réforme, ce qui n'est pas pris en compte ici.

Enfin, les primes des complémentaires santé sont modifiées par type de complémentaire santé et par tranche d'âge suivant les évolutions constatées entre 2019 et 2021.

La réforme du 100 % santé est susceptible de limiter légèrement les taux d'effort extrêmes. Alors que le financement de la santé s'élève en moyenne à 34 % du revenu pour les ménages du top 1 % en 2019, il pourrait descendre à 31 % ou 32 % suivant le scénario retenu (*tableau complémentaire H*). Cette diminution résulterait du recul des restes à charge : alors qu'ils représentent 12 % du revenu des ménages du top 1 % en 2019, cette part pourrait atteindre 7 % ou 9 % du revenu, en lien avec la baisse des restes à charge associés aux prothèses dentaires. Ce recul serait toutefois pour partie compensé par des hausses de primes versées aux organismes complémentaires.

La part de retraités dans le top 1 % pourrait être en recul par rapport au taux de 43 % constaté en 2019 : 29 % ou 36 % suivant le scénario privilégié (*tableau complémentaire I*). Dans un peu plus de trois cas sur dix, la personne la plus âgée du ménage serait bénéficiaire du dispositif d'affection de longue durée (ALD).

Si le recours aux paniers du 100 % santé se fait indépendamment du niveau de vie (scénario 1), la part de ménages modestes dans le top 1 % resterait proche de celle constatée en 2019, à environ trois quarts. En revanche, si les patients bénéficiant du 100 % santé sont ceux ayant les ressources les plus faibles, cette part pourrait reculer de 15 points, à 61 %. Elle resterait bien supérieure à la part des ménages modestes parmi l'ensemble des ménages (41 %).

9. Les bénéficiaires du dispositif ALD ne sont pas exonérés des franchises, des participations forfaitaires et des dépassements.

10. Ces besoins de santé peuvent être satisfaits ou non.

Les ménages aux taux d'effort les plus faibles contribuent au système par les taxes sur la consommation

Les 10 % de ménages avec les taux d'effort les plus faibles sont modestes dans deux cas sur trois. La personne la plus âgée de ces ménages est au chômage ou inactive (hors retraités) dans un tiers des cas, une proportion trois fois supérieure à leur poids parmi l'ensemble des ménages (*tableau complémentaire D*). La santé représente 7 % de leur revenu. Ces ménages sont essentiellement mis à contribution via des taxes sur la consommation permettant de financer l'assurance maladie obligatoire. Celles-ci s'élevaient à 5 % de leur revenu (*tableau complémentaire E*).

Les primes d'assurance versées aux complémentaires santé représentent en moyenne 1 % de leur revenu (-2 points comparé à l'ensemble). Un quart des ménages avec des taux d'effort faibles sont en effet bénéficiaires de la CMU-C, qui est gratuite. Parmi les 10 % de ménages avec les taux d'effort les plus faibles, 14 % ne sont,

en outre, pas couverts par une complémentaire santé et ne versent donc pas de prime d'assurance.

Enfin, les restes à charge s'élevaient à moins de 1 % pour les 10 % des ménages avec les taux d'effort les plus faibles, soit -1 point par rapport à l'ensemble des ménages. La faiblesse relative de ces restes à charge pourrait s'expliquer par une bonne couverture des dépenses de santé par la CMU-C, pour les ménages qui en bénéficient, mais aussi par un report de certains soins, voire un renoncement. Dans ces ménages, la personne la plus âgée déclare en effet un peu plus fréquemment un mauvais ou un très mauvais état de santé (+5 points et +4 points à âge comparable). Il est donc possible que ces ménages, présentant des taux d'effort faibles en 2019, soient confrontés ultérieurement à des taux d'effort élevés voire extrêmes s'ils doivent à l'avenir faire face à une dépense mal remboursée. ●



Télécharger les données

Code source : DREES_code_public / Etudes / ER1345 · GitLab

Mots clés : Dépenses de santé Microsimulation Complémentaire santé Assurance maladie Redistribution Reste à charge

Pour en savoir plus

- > **Adjerad, R., Courtejoie, N.** (2020, novembre). Pour 1 % des patients, le reste à charge après assurance maladie obligatoire dépasse 3 700 euros annuels. DREES, *Études et Résultats*, 1171.
- > **André, M., Germain, J.-M., Sicsic, M.** (2023, septembre). La redistribution élargie, incluant l'ensemble des transferts monétaires et les services publics, améliore le niveau de vie de 57 % des personnes. Insee, *Insee Analyses*, 88.
- > **Caro, M., Carpezat, M., Forzy, L. (Asdo Études)** (2023, mars). Le recours et le non-recours à la complémentaire santé solidaire – Une étude qualitative des profils et des trajectoires des bénéficiaires. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 107.
- > **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.
- > **Cornuet, F., Sicsic, M., Fredon, S., et al.** (2020, décembre). Les réformes socio-fiscales de 2019 augmentent fortement le revenu disponible des ménages, surtout pour ceux de niveau de vie intermédiaire et ceux en emploi. Dans Insee, *France, portrait social – Édition 2020*. Paris, France : Insee, coll. Insee Références.
- > **Demoly, E., Schweitzer, C.** (2020, septembre). Les ménages les plus modestes dépensent davantage pour leur logement et les plus aisés pour les transports. Insee, *Insee Focus*, 203.
- > **Dufour, C., Esteban, L., Marteau, B., et al.** (2025, janvier). Évaluer l'effet des réformes socio-fiscales concernant les étudiants selon le niveau de vie de leurs parents – Extension du modèle de microsimulation Ines aux étudiants. DREES, *DREES Méthodes*, 19.
- > **Fouquet, M., Pollak, C.** (2022, février). L'assurance maladie publique contribue fortement à la réduction des inégalités de revenu. DREES, *Études et Résultats*, 1220.
- > **Fouquet, M.** (2020, octobre). Une hausse modérée de la couverture de la population après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise. DREES, *Études et Résultats*, 1166.
- > **Franc, C., Pierre, A.** (2016, avril). Restes à charge élevés : profils d'assurés et persistance dans le temps. Irdes, *Questions d'économie de la santé*, 217.
- > **Jusot, F., Legal, R., Louvel, A., et al.** (2016). À quoi tient la solidarité de l'assurance maladie entre les hauts revenus et les plus modestes en France ? *Revue française d'économie*(4), 15-62.
- > **Lapinte, A., Pollak, C., Solotareff, R. (dir.)** (2024, juillet). *La complémentaire santé – Acteurs, bénéficiaires, garanties – Édition 2024*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Perronnin, M.** (2016, mai). Restes à charge publics en ville et à l'hôpital : des taux d'effort inégalement répartis. Irdes, *Questions d'économie de la santé*, 218.
- > **Pierre, A., Solotareff, R., Dauphant, F.** (2025, avril). Réforme du 100 % santé : quels effets à attendre sur les primes des contrats de complémentaire santé. DREES, *Études et Résultats*, 1338.
- > **Poulon, P.** (2024, septembre). Le modèle de microsimulation Ines-Omar 2019 – Note méthodologique détaillée. DREES, *DREES Méthodes*, 18.

> **Publications**
drees.solidarites-sante.gouv.fr

> **Open Data**
data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

> **Nous contacter**
DREES-INFO@santer.gouv.fr

> **Contact presse**
DREES-PRESSE@santer.gouv.fr

Directeur de la publication : Thomas Wanecq
Responsable d'édition : Valérie Bauer-Eubriet
Chargée d'édition : Élisabeth Castaing
Composition et mise en pages : Drapeau Blanc
Conception graphique : DREES

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources
ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384

Les destinataires de cette publication sont informés de l'existence à la DREES d'un traitement de données à caractère personnel les concernant. Ce traitement, sous la responsabilité de la directrice de la publication, a pour objet la diffusion de la publication de la DREES. Les données utilisées sont l'identité, la profession, l'adresse postale personnelle ou professionnelle. Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les destinataires disposent d'un droit d'accès et de rectification aux données les concernant ainsi qu'un droit d'opposition à figurer dans ce traitement. Ils peuvent exercer ces droits en écrivant à : DREES - Bureau des Publications et de la Communication - 14 avenue Duquesne - 75 350 Paris 07 SP ou en envoyant un courriel à : drees-infos@santer.gouv.fr