14 Le reste à charge des personnes après remboursement par l'assurance maladie complémentaire

Sur le champ des dépenses individualisables et présentées au remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO), le reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) est de 610 euros par personne en 2023, selon le modèle de microsimulation Ines-Omar. Le RAC AMO agrège plusieurs formes de participations (ticket modérateur, franchises, liberté tarifaire, etc.) inégalement couvertes par les complémentaires. Le reste à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire (RAC AMC) est de 150 euros en moyenne par personne, dont 120 euros de liberté tarifaire et 20 euros de franchises et participations forfaitaires. Malgré la réforme du 100 % santé, les équipements dentaires, optiques et audiologiques représentent toujours près de la moitié du RAC AMC. Pour ces postes, le RAC AMC augmente fortement avec le niveau de vie et l'âge.

Les dépenses de santé individualisables et présentées au remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) en France représentent en moyenne 3 150 euros par individu en 2023 selon le modèle de microsimulation Ines-Omar *(encadré 1)*. Malgré le rôle central de l'AMO et de dispositifs d'exonération du ticket modérateur (TM) en cas d'affection de longue durée (ALD) ou de précarité notamment, le reste à charge après remboursement de l'AMO (RAC AMO) s'élève à 610 euros par personne. Un reste à charge élevé peut survenir en cas d'hospitalisations répétées ou prolongées, ou en cas de recours à des biens médicaux ou à des spécialistes exerçant une liberté tarifaire (Cometx, Pierre, 2022 ; Adjerad, Courtejoie, 2020).

Pour se prémunir de restes à charge imprévisibles ou excessifs, les ménages peuvent avoir intérêt à souscrire une complémentaire santé. De fait, si la part de la prise en charge publique se situe dans la moyenne européenne en considérant l'ensemble des dépenses de santé *(encadré 2)*, le reste à charge atteint en France l'un des niveaux les plus faibles de l'Union européenne grâce aux complémentaires santé (Delecourt, Didier, 2025).

Après remboursement par l'AMC, le reste à charge s'élève à 150 euros, dont 120 euros de liberté tarifaire

Le RAC AMO est couvert de façon hétérogène par les complémentaires santé, en fonction de la nature des soins consommés et de la qualité des contrats souscrits. Le RAC AMO se décompose en une part dite « opposable », qui correspond à l'écart entre la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) et le montant pris en charge par l'AMO, et une part liée à la liberté tarifaire au-delà de la BRSS (voir fiche 01). Sauf cas particuliers d'exonération (ALD par exemple), toute dépense de santé entraîne un RAC AMO opposable pour le patient. La liberté tarifaire correspond à des dépassements d'honoraires ou à d'autres suppléments sur actes et équipements médicaux. Les deux tiers du RAC AMO lié à la liberté tarifaire proviennent d'une consommation d'équipements dentaires, audiologiques ou optiques. En effet, les tarifs de base de la Sécurité sociale pour ces équipements sont souvent très inférieurs aux prix des équipements commercialisés, tant pour les biens inclus dans le panier après la réforme dite du « 100 % santé » (fiche 29) que pour ceux qui n'en relèvent pas.

Le remboursement par les complémentaires santé du RAC AMO opposable est très encadré, en particulier pour les contrats dits « responsables » (voir annexe 1). Ces derniers couvrent 98 % des bénéficiaires d'une complémentaire santé : le ticket modérateur (TM) et le forfait journalier hospitalier (FJH) doivent être intégralement couverts, tandis que les franchises et participations forfaitaires doivent être laissées à la charge des assurés. La liberté tarifaire peut, elle, être remboursée par la complémentaire santé, selon des modalités variables en fonction des garanties souscrites. La réforme du 100 % santé impose par ailleurs la prise en charge intégrale des équipements d'un panier de biens en optique, dentaire et audiologie. Néanmoins, un reste à charge subsiste si l'assuré opte pour des équipements hors panier.

Encadré 1 Le modèle Ines-Omar 2023

Outil de microsimulation développé par la Drees, le modèle Ines-Omar permet d'étudier la distribution des financements et prestations du système d'assurance maladie et de l'ensemble de ses composantes (assurance maladie obligatoire et complémentaire, et restes à charge), en France métropolitaine.

L'édition 2023 du modèle Omar repose sur l'enquête Statistiques sur les ressources et conditions de vie (SRCV) 2023 de l'Insee et son échantillon de 38 000 individus représentatifs des ménages ordinaires français. Les données relatives aux dépenses et aux remboursements de santé proviennent du Système national des données de santé (SNDS), apparié directement aux individus de SRCV 2023. À chaque individu est ensuite attribué un contrat de complémentaire santé, tiré de l'enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC) de 2023 selon ses caractéristiques ; les primes et les remboursements de la complémentaire sont alors déduits des garanties propres à ce contrat.

Le pseudo-appariement du modèle Omar avec le modèle de microsimulation Ines 2023 (renseignant sur les prélèvements sociaux et fiscaux, voir annexe 2) permet de connaître la contribution globale des ménages au financement des dépenses de santé (financement de l'assurance maladie obligatoire inclus) et l'effet redistributif de celle-ci.

Encadré 2 Comparaison des restes à charge estimés par le modèle Ines-Omar 2023 et les comptes de la santé

Les comptes de la santé estiment le reste à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire (RAC AMC) des ménages à 280 euros par personne en 2023, un montant sensiblement plus élevé que le modèle Ines-Omar : 150 euros. En effet, Ines-Omar ne comptabilise que les dépenses de santé individualisables (ce qui exclut par exemple la rémunération des médecins sur des objectifs de santé publique) et présentées au remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO). Cette seconde restriction exclut des soins qui, par définition, ne sont pas remboursés par l'AMO, et qui sont souvent peu remboursés par les complémentaires santé. Deux postes en particulier généreraient chacun 50 euros de RAC AMC non comptabilisés par Ines-Omar : les médicaments à service médical rendu insuffisant ou non prescrits, et les consultations non couvertes par l'AMO assurées par des auxiliaires de la santé (psychologie, pratiques de soins non-conventionnelles, etc.) [Fauchon, 2026].

Outre leur champ, les comptes de la santé et le modèle Ines-Omar diffèrent aussi par leur méthode d'estimation. Les comptes de la santé exploitent des informations macro-économiques issues de différentes sources (par exemple les prestations des organismes complémentaires d'assurance maladie collectées par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution [ACPR]), tandis que le modèle Ines-Omar 2023 est avant tout simulé au niveau individuel.

Enfin, les comptes de la santé et le modèle Ines-Omar utilisent des nomenclatures de soins différentes. Par exemple, les actes et consultations externes à l'hôpital public (ACE) figurent, au sein des comptes de la santé, dans le poste de soins « hôpital public », tandis qu'ils sont répartis entre professions médicales dans Ines-Omar.

Dès lors, avec 97 % de la population couverte par une complémentaire santé (Desjonquères, Fauchon, 2026), le RAC AMC moyen s'élève à 150 euros par personne et provient essentiellement de la liberté tarifaire (120 euros), et dans une moindre mesure des participations forfaitaires et franchises (20 euros). Le solde, correspondant au TM et au FJH des personnes non couvertes ou avec un contrat proposant des garanties de remboursement faibles, est marginal (10 euros).

Des RAC AMO et AMC croissants avec le niveau de vie

Alors que les dépenses de santé semblent peu varier en fonction du niveau de vie, le RAC AMO croît avec celui-ci. Si le montant moyen de RAC AMO opposable est relativement stable, celui lié à la liberté tarifaire, de son côté, augmente fortement. Une personne du dernier dixième de niveau de vie est ainsi confrontée, en moyenne, en 2023, à 490 euros de RAC AMO dû à la liberté tarifaire *(graphique 1)*, soit

Graphique 1 Reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire, selon le niveau de vie



AMO : assurance maladie obligatoire ; RAC AMO : reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire ; RAC AMC : reste à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire (privée et complémentaire santé solidaire).
Lecture > En 2023, une personne du premier dixième de niveau de vie (D1) a en moyenne un RAC AMO de 502 euros.
Champ > France métropolitaine ; dépense de santé individualisable et présentée au remboursement de l'AMO.
Source > Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2023.

300 euros de plus qu'une personne du premier dixième. D'une part, les ménages modestes consomment moins de soins avec liberté tarifaire, car celle-ci est potentiellement mal prise en charge par leur complémentaire et du fait de la contrainte financière. D'autre part, les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) [voir fiche 18], nombreux parmi les ménages modestes, bénéficient de l'opposabilité des tarifs et ne peuvent, en principe, se voir facturer de dépassements d'honoraires par les médecins.

Avec les remboursements des complémentaires santé, l'écart de reste à charge lié à la liberté tarifaire entre le dernier et le premier dixième de niveau de vie descend de 300 à 150 euros, ce qui s'explique par les garanties élevées dont bénéficient les plus aisés.

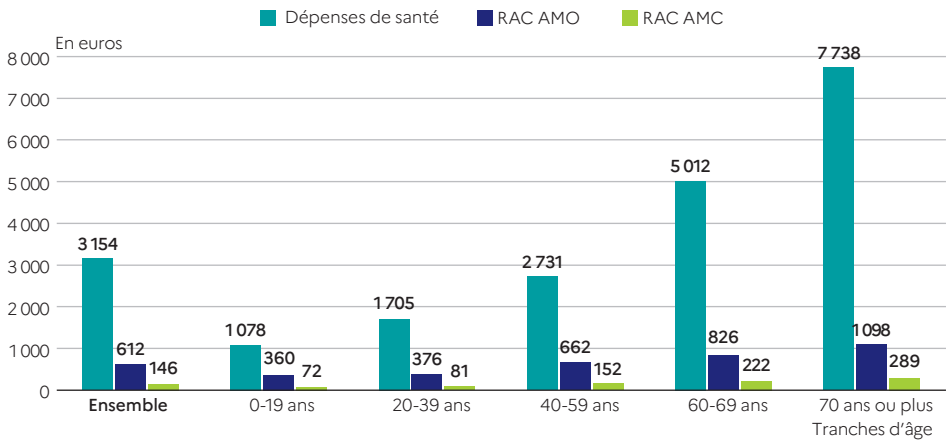
Au global, le RAC AMC total des 10 % les plus aisés est de 250 euros, contre 80 euros pour les 10 % les moins aisés. Les franchises et participations forfaitaires occupent une part importante (près de 20 %) du RAC AMC des ménages plutôt modestes, entre le deuxième et le cinquième dixième de niveau de vie.

Le reste à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire est de 290 euros après 70 ans

Les personnes âgées consomment des soins mieux remboursés, en moyenne, par l'AMO, notamment à l'hôpital (Cometx, Pierre, 2022), et bénéficient en plus grand nombre du dispositif d'exonération au titre d'une ALD (Adjerad, Courtejoie, 2021) [voir fiche 02]. Ainsi, le RAC AMO croît sensiblement avec l'âge, mais moins fortement que les dépenses de santé dans leur ensemble *(graphique 2)*. En revanche, les remboursements par les complémentaires santé ne permettent pas de réduire davantage les écarts de restes à charge par âge. Les seniors bénéficient, en moyenne, de moins bonnes garanties de la part de leur complémentaire santé, notamment du fait de la perte des avantages liés aux contrats d'entreprise lors du passage à la retraite (voir fiche 27 ; Loiseau, 2021).

Ainsi, le RAC AMC des personnes de 20 à 39 ans est de 80 euros par an, puis de 150 euros entre 40 et 59 ans ; il s'élève à 220 euros entre 60 et 69 ans, et à 290 euros pour les personnes de 70 ans ou plus.

Graphique 2 Reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire, selon la tranche d'âge



AMO : assurance maladie obligatoire ; RAC AMO : reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire ; RAC AMC : reste à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire (privée et complémentaire santé solidaire).
Lecture > En 2023, une personne de 70 ans ou plus a en moyenne un RAC AMO de 1 098 euros.
Champ > France métropolitaine ; dépense de santé individualisable et présentée au remboursement de l'AMO.
Source > Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2023.

Par ailleurs, l'augmentation du RAC AMC avec le niveau de vie s'observe dans chaque tranche d'âge et dans les mêmes proportions. Les personnes de 60 à 69 ans avec un niveau de vie élevé ont un RAC AMC important, dépassant 300 euros par an en moyenne *(graphique 3)*.

Un reste à charge plus faible en cas de complémentaire santé très couvrante

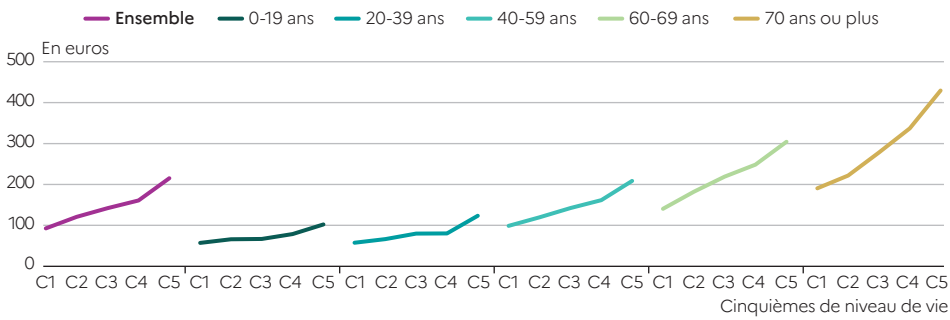
Le RAC AMC diffère selon le niveau de prise en charge par la complémentaire santé. Pour les personnes couvertes par un contrat privé, ce niveau dépend en grande partie du statut socioprofessionnel et du niveau de vie. Les salariés du secteur privé, grâce aux contrats d'entreprise, bénéficient plus fréquemment que le reste de la population de garanties importantes, leur assurant des remboursements élevés. À l'inverse, les contrats individuels, dont les garanties sont en moyenne moins intéressantes, sont davantage souscrits par des retraités et des chômeurs de longue durée. En 2023, avant la réforme de la complémentaire publique pour les agents de l'État, ils étaient également souscrits largement par les fonctionnaires. Par ailleurs, le niveau médian de couverture des complémentaires souscrites sur le marché privé croît nettement avec le niveau de vie (Fouquet, Pollak, 2022).

Le type de couverture varie également selon l'âge. La complémentaire santé solidaire (C2S), qui propose une couverture élargie assurant 0 euro de reste à charge pour un large panier de soins, bénéficie à une faible part de personnes âgées (Desjonquères, Fauchon, 2026). À l'inverse, les personnes dépourvues de complémentaire sont légèrement surreprésentées parmi les 25-34 ans.

Ces différences dans le type et le niveau de couverture contribuent aux écarts de RAC AMC observés selon l'âge et le niveau de vie.

La comparaison des assurés selon leur statut de couverture confirme le rôle déterminant de la complémentaire *(graphique 4)*. À tranche d'âge donnée, les personnes non couvertes par une complémentaire sont celles qui supportent les RAC AMC les plus importants[1]. Elles sont suivies des personnes couvertes par des contrats privés parmi les moins couvrants[2]. Ainsi, un assuré disposant d'un contrat parmi les moins couvrants a

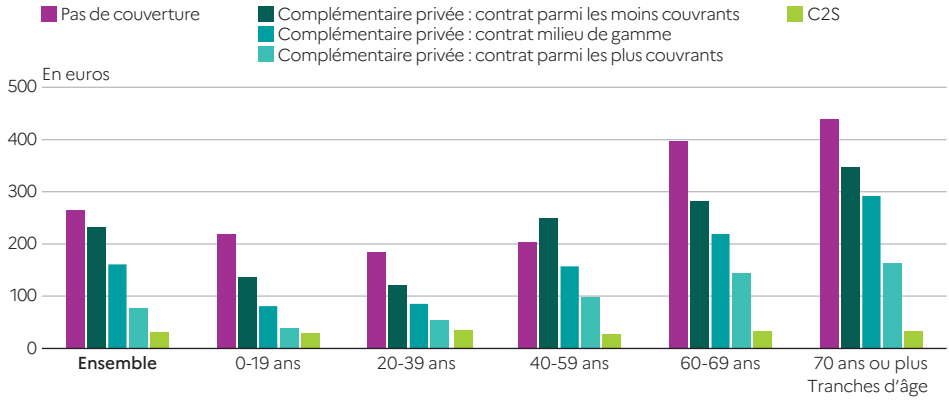
Graphique 3 Reste à charge moyen après remboursement par l'assurance maladie complémentaire, selon la tranche d'âge et le niveau de vie



AMO : assurance maladie obligatoire ; RAC AMC : reste à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire (privée et complémentaire santé solidaire).
Lecture > En 2023, un individu de 70 ans ou plus du premier cinquième de niveau de vie (C1) supporte un RAC AMC de 191 euros en moyenne.
Champ > France métropolitaine ; dépense de santé individualisable et présentée au remboursement de l'AMO.
Source > Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2023.

1. Les personnes sans couverture ne s'acquittent d'aucune prime de complémentaire santé : ce ne sont donc pas nécessairement celles qui supportent le coût le plus élevé pour leur santé.
2. Les contrats privés de complémentaire santé ont été classés selon leurs garanties globales, et divisés en trois groupes égaux. Sur les principes du classement des contrats, voir fiche 27.

Graphique 4 Reste à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire, selon la tranche d'âge et le type de couverture complémentaire



AMO : assurance maladie obligatoire ; RAC AMC : reste à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire (privée et complémentaire santé solidaire) ; C2S : complémentaire santé solidaire.
Note > Les contrats de complémentaire santé privés sont classés en trois groupes de taille comparable, suivant le niveau de garanties proposé.
Lecture > En 2023, un individu de 70 ans ou plus sans complémentaire santé supporte un RAC AMC de 438 euros en moyenne.
Champ > France métropolitaine ; dépense de santé individualisable et présentée au remboursement de l'AMO.
Source > Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2023.

un RAC AMC trois fois supérieur, en moyenne, à celui d'un assuré bénéficiant d'un contrat parmi les plus couvrants.

Les bénéficiaires de la C2S se distinguent par un RAC AMC beaucoup plus faible, mais non nul. Malgré l'application des tarifs opposables, celui-ci atteint 30 euros en moyenne et se compose, majoritairement, de liberté tarifaire sur les dispositifs médicaux et les soins dentaires (Bonnet, Desjonquères, 2026).

Enfin, le montant du RAC AMC doit être mis en regard de la dépense de santé. Les personnes de 40 à 59 ans couvertes par un contrat privé parmi les moins couvrants et celles sans couverture font face à des RAC AMC comparables, mais les seconds ont en réalité une dépense de santé presque deux fois plus faible.

Malgré la réforme du 100 % santé, la moitié du reste à charge provient des équipements dentaires, audiologiques et optiques

En 2023, le RAC AMC des personnes de 40 ans ou plus provient majoritairement de dépenses pour des prothèses auditives, dentaires et d'équipements optiques *(graphique 5)*. Pour les personnes de 70 ans ou plus, ces dépenses s'élèvent, en moyenne, à 50 euros de prothèses dentaires, 40 euros de prothèses auditives et 50 euros d'équipements optiques, sur 290 euros au total. Le RAC AMC en prothèses auditives, de même que la dépense, est concentré parmi les 70 ans ou plus.

L'importance des RAC AMC en équipements dentaires, audiologiques et optiques, en dépit de la réforme du 100 % santé, a plusieurs explications. Le panier d'équipements sans reste à charge est peu choisi en optique : à peine 7 % de la dépense en verres en 2023 (Didier, Lefebvre, 2024). De plus, si le recours au panier du 100 % santé est plus fréquent en audiologie, il n'est pas systématique, alors que le nombre de personnes ayant fait l'acquisition d'audioprothèses a fortement augmenté entre 2019 et 2023.

Les personnes de 70 ans ou plus sont également confrontées à un RAC AMC auprès des médecins (50 euros), en raison des pratiques de dépassements d'honoraires fréquentes dans certaines spécialités davantage consultées par les plus âgés.

À l'inverse, le RAC AMC des personnes de moins de 20 ans s'explique majoritairement par l'orthodontie (30 euros). Le RAC AMC pour les séjours à l'hôpital, public ou privé, est extrêmement modéré, 10 euros en moyenne toutes tranches d'âge confondues, au regard des dépenses qui y sont réalisées et du RAC AMO qu'elles engendrent (voir fiche 02) : le RAC AMC provient essentiellement de la liberté tarifaire en hôpital privé. Une partie du RAC AMC est imputable à d'autres postes de soins (médicaments, analyses en laboratoires, auxiliaires médicaux, etc.), et en particulier aux franchises et participations forfaitaires qu'ils génèrent.

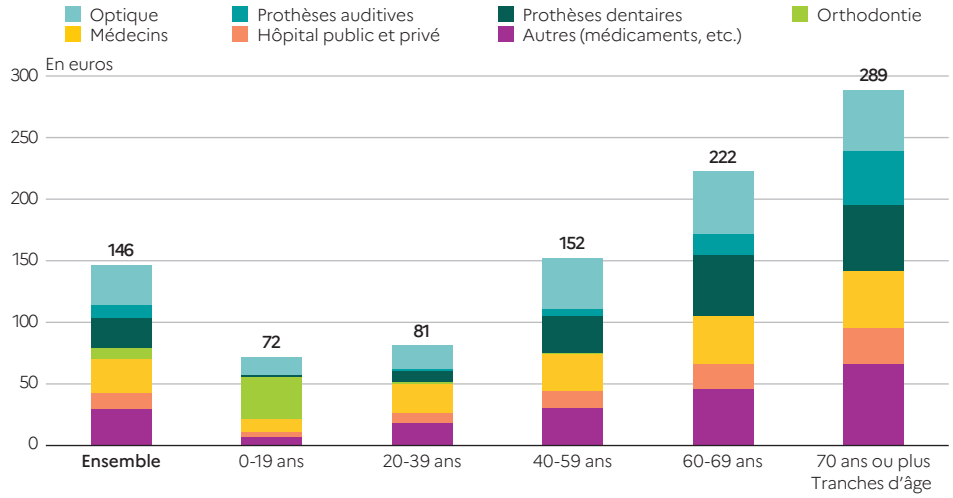
Enfin, le RAC AMC en consultations de médecins, prothèses dentaires et audiologiques est six à sept fois plus élevé pour les personnes les plus aisées (dernier dixième de niveau de vie) que pour les plus modestes (premier dixième) *[graphique 6]*.

20 % de la population s'acquitte de 80 % du RAC AMC

Alors que le RAC AMC représente en moyenne 40 euros pour 80 % de la population, il s'élève à 580 euros pour 20 % de la population et même à 910 euros pour 10 % de la population. Les équipements dentaires et optiques s'élèvent à 220 et 200 euros en moyenne pour les personnes s'acquittant des restes à charge les plus élevés.

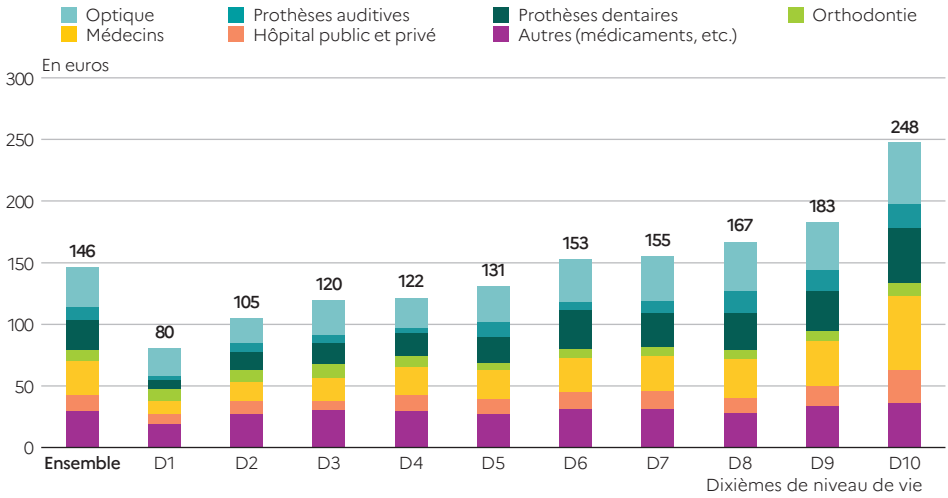
Les personnes avec une ALD bénéficient d'une exonération du TM, mais ne sont ni exemptées de franchises, ni de la liberté tarifaire. Leur RAC AMC s'élève en moyenne à 240 euros, et atteint 870 euros pour 20 % d'entre eux *(graphique 7)*. ■

Graphique 5 Décomposition par poste de soins du reste à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire, selon la tranche d'âge



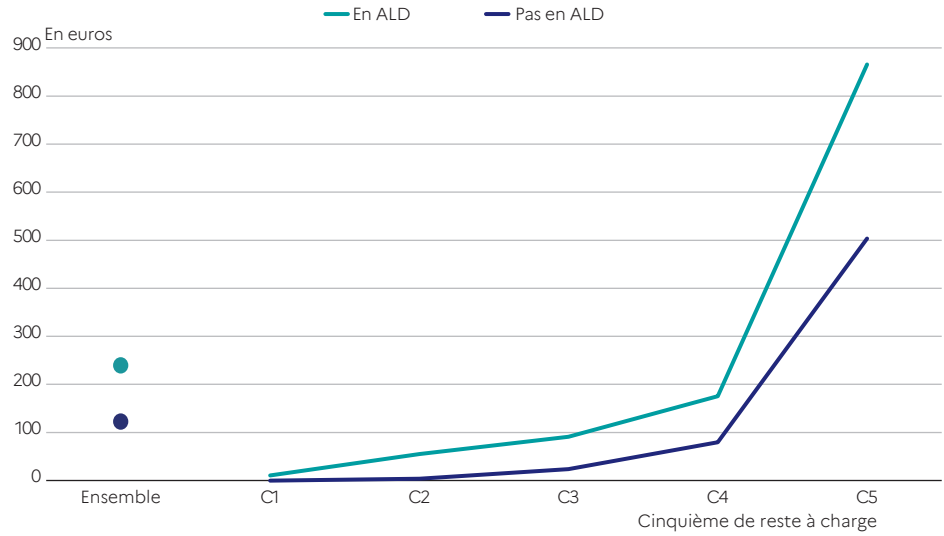
AMO : assurance maladie obligatoire ; RAC AMC : reste à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire (privée et complémentaire santé solidaire).
Lecture > En 2023, un individu de 70 ans ou plus supporte un RAC AMC de 289 euros en moyenne, dont 44 euros en prothèses auditives.
Champ > France métropolitaine ; dépense de santé individualisable et présentée au remboursement de l'AMO.
Source > Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2023.

Graphique 6 Décomposition par poste de soins du reste à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire, selon le niveau de vie



AMO : assurance maladie obligatoire ; RAC AMC : reste à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire (privée et complémentaire santé solidaire).
Lecture > En 2023, un individu du premier dixième de niveau de vie (D1) supporte un RAC AMC de 80 euros en moyenne, dont 3 euros en prothèses auditives.
Champ > France métropolitaine ; dépense de santé individualisable et présentée au remboursement de l'AMO.
Source > Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2023.

Graphique 7 Distribution du reste à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire, selon le dispositif d'affection de longue durée



AMO : assurance maladie obligatoire ; ALD : affection de longue durée ; RAC AMC : reste à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire (privée et complémentaire santé solidaire).
Lecture > En 2023, les 20 % des individus en ALD avec les RAC AMC les plus élevés (C5) paient 866 euros de RAC AMC en moyenne.
Champ > France métropolitaine ; dépense de santé individualisable et présentée au remboursement de l'AMO.
Source > Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2023.

Pour en savoir plus

> Les données complémentaires sur la répartition par financeur des comptes de la santé (2025) sont disponibles sur l'espace *open data* 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.
> **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.
> **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.
> **Delecourt, C., Didier, M. (dir.)** (2025). *Les dépenses de santé en 2024 – Résultats des comptes de la santé – Édition 2025.* Paris, France : Drees, coll. Panoramas de la Drees-Santé.
> **Desjonquères, A., Fauchon, A.** (2026, avril). En 2023, les personnes sous le seuil de pauvreté restent bien plus souvent sans complémentaire santé que les autres. Drees, *Les Dossiers de la Drees,* 137.
> **Fauchon, A.** (2026, novembre). Le modèle de microsimulation Ines-Omar 2023 – Note méthodologique détaillée. Drees, *Drees Méthodes,* 29.
> **Fouquet, M., Pollak, C.** (2022, février). L'assurance maladie publique contribue fortement à la réduction des inégalités de revenu. Drees, *Études et Résultats*, 1220.
> **Loiseau, R.** (2021, juillet). Complémentaires santé : en 2016, les seniors restent moins bien couverts malgré une hausse des garanties depuis 2011. Drees, *Études et Résultats*, 1198.
> **Poulon, P.** (2024, septembre). Le modèle de microsimulation Ines-Omar 2019 – Note méthodologique détaillée. Drees, *Drees Méthodes,* 18.

15 Le poids de la santé dans le revenu des ménages

En 2023, les dépenses des ménages pour leur santé, comprenant le reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et complémentaire (AMC), les primes versées aux complémentaires santé, mais aussi les prélèvements finançant l'AMO, représentent en moyenne 14 % de leur revenu, d'après le modèle de microsimulation Ines-Omar. Ce taux d'effort est sensiblement plus élevé pour les ménages de moins de 65 ans, en raison du poids des cotisations maladie dans le financement de l'AMO. Il augmente légèrement avec le niveau de vie pour les moins de 65 ans, alors que la relation s'inverse chez les plus de 65 ans. Les ménages soumis aux taux d'effort les plus élevés appartiennent majoritairement aux 10 % les moins aisés.

Le financement des dépenses de santé est légèrement progressif avec le revenu

Le financement de la dépense de santé individualisable et présentée au remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO), qui inclut le financement de l'AMO, les primes versées aux complémentaires ainsi que le reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire (RAC AMC), s'établit à 14 % du revenu[1] *(graphique 1)*. Il est légèrement progressif, c'est-à-dire qu'il représente une fraction croissante du revenu à mesure que le niveau de vie s'élève. Il s'établit à 13 % pour les ménages du premier dixième de niveau de vie, puis augmente graduellement jusqu'à 15 % pour les ménages situés dans l'avant-dernier dixième de niveau de vie, avant de redescendre à 14 % pour le dernier dixième.

La contribution des ménages au financement de l'AMO *(encadré 1)* est en moyenne de 1 400 euros pour un ménage du premier dixième de niveau de vie, contre 15 330 euros pour un ménage du dernier dixième.

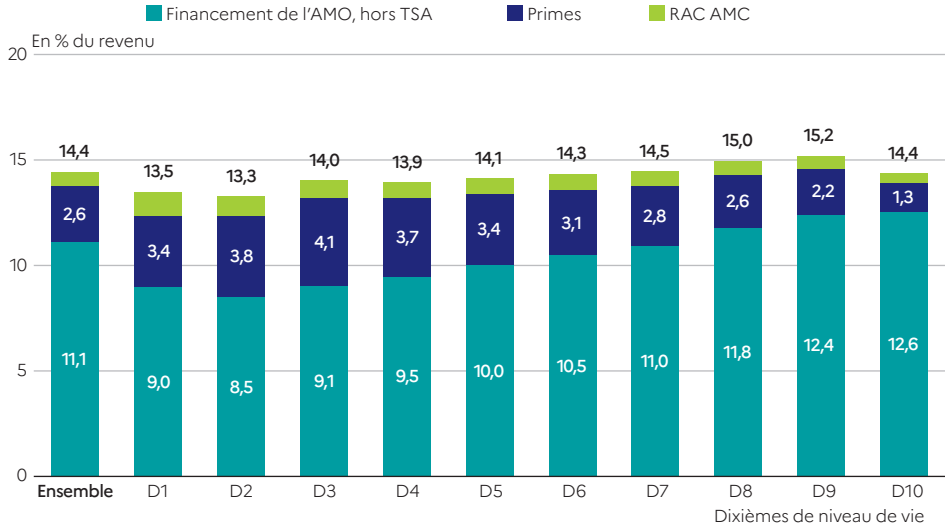
Rapporté au revenu, le financement de l'AMO est un peu plus progressif que le financement de l'ensemble des dépenses de santé, augmentant de 4 points de pourcentage entre le premier et le dernier dixième de la distribution des niveaux de vie. Cependant, il pèse un peu plus dans le revenu des ménages du premier dixième de niveau de vie (9,0 % du revenu) que dans le revenu de ceux du deuxième dixième (8,5 %). Comme les ménages les plus modestes consacrent une part plus importante de leur revenu à la consommation, la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) représente pour eux une charge proportionnellement plus élevée[2].

Le montant moyen annuel des primes de complémentaires[3] *(encadré 2)* s'élève à 1 270 euros par ménage. Il augmente avec le niveau de vie des ménages. Les ménages du premier dixième de niveau de vie paient en moyenne 530 euros par an, en raison de leur fort taux de couverture par la complémentaire santé solidaire gratuite (C2S-g) [51 %], et de leur non-couverture plus fréquente que pour l'ensemble de la population (7 % contre 3 %) [Desjonquères, Fauchon, 2026].

---

1. Le revenu considéré pour calculer le taux d'effort correspond au revenu disponible augmenté des primes prélevées sur les salaires des ouvrants-droit d'un contrat d'entreprise, et des prélèvements directs permettant de financer l'AMO.
2. La part de la TVA finançant l'AMO a très fortement augmenté en 2019. Cette régressivité entre les ménages des deux premiers dixièmes de niveau de vie ne se constatait donc pas en 2017 (Fouquet, Pollak, 2022, basé sur le modèle Ines-Omar 2017).
3. Dans cette fiche, on inclut dans le montant des primes la participation éventuelle de l'employeur pour les contrats d'entreprise ainsi que la taxe de solidarité additionnelle (TSA) portant sur les primes. Les contributions acquittées par les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire participative (C2S-p) sont également prises en compte.

Graphique 1 Dépenses affectées au financement du système de santé et au paiement des soins



AMO : assurance maladie obligatoire ; TSA : taxe de solidarité additionnelle ; C2S-p : complémentaire santé solidaire participative ; RAC AMC : reste à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire.
Notes > Les primes désignent les cotisations des complémentaires santé et incluent ici la TSA et les contributions à la C2S-p. Le revenu considéré pour calculer le taux d'effort correspond au revenu disponible augmenté des primes prélevées sur les salaires des ouvrants-droit d'un contrat d'entreprise, et des prélèvements directs permettant de financer l'AMO.
Lecture > En 2023, un ménage du premier dixième de niveau de vie (D1) contribue au financement de l'AMO (hors TSA) à hauteur de 9 % de son revenu.
Champ > France métropolitaine ; dépense de santé individualisable et présentée au remboursement de l'AMO.
Source > Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2023.

Encadré 1 Le financement de l'assurance maladie obligatoire et de la complémentaire santé solidaire

Le modèle Ines-Omar permet d'étudier les remboursements de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et la répartition de son financement entre les ménages. Les ménages financent l'AMO via des prélèvements directs et indirects. La répartition de ceux-ci entre les ménages est simulée par le modèle Ines, l'une des sources du modèle Ines-Omar. En 2023, les trois principales sources de financement de la branche maladie sont les cotisations sociales brutes (principalement les cotisations maladie à la charge des employeurs, auxquelles s'ajoutent celles des travailleurs indépendants), à hauteur de 84 milliards d'euros, la contribution sociale généralisée (CSG) brute, à hauteur de 54 milliards d'euros, et la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) nette, pour un montant de 48 milliards d'euros, sur des recettes totales de 231 milliards d'euros (Commission des comptes de la Sécurité sociale, 2024). Les contributions au financement de l'AMO techniquement acquittées par les entreprises (en particulier les cotisations sociales) sont considérées ici comme pesant sur les ménages, dans la mesure où elles peuvent être vues comme un revenu immédiatement prélevé. Enfin, les dépenses non individualisables ne sont pas prises en compte dans Ines-Omar : leur financement n'est donc pas ici distribué entre les ménages.

La complémentaire santé solidaire (C2S) est financée par les contributions des bénéficiaires de la C2S participative (C2S-p) et 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 C2S est affectée au financement de l'AMO. La convention adoptée dans cette fiche consiste à intégrer l'intégralité de la TSA aux primes des contrats privés et à assimiler les participations financières des bénéficiaires de la C2S-p à des primes.

Ceux du deuxième dixième s'acquittent d'un montant de primes d'environ 910 euros par an en moyenne, en raison notamment du taux de bénéficiaires de la C2S participative (C2S-p) dans ce dixième (10 %). Ensuite, les primes annuelles moyennes progressent plus modérément entre les ménages du troisième et du dernier dixième, passant de 1 210 euros à 1 630 euros en moyenne.

Grâce notamment aux remboursements de la C2S (Bonnet, Desjonquères, 2026), le RAC AMC reste modéré pour les ménages du premier dixième (170 euros), même s'il est nécessaire de le rapporter au revenu de ces ménages pour mesurer l'effort financier consenti. Enfin, le RAC AMC progresse entre les ménages du deuxième dixième et ceux du dernier dixième de niveau de vie, passant de 220 euros à 540 euros.

Les primes et restes à charge représentent 4 à 5 % du revenu des ménages les plus modestes, contre 2 % pour les plus aisés

Le poids dans le revenu des primes et du RAC AMC diminue fortement avec le niveau de vie. Il atteint 4 à 5 % du revenu pour les ménages des premiers dixièmes de niveau de vie *(graphique 1)*, en dépit des dispositifs d'aide ciblant les publics précaires et modestes, comme la C2S. Le poids dans le revenu des primes et du RAC AMC descend graduellement jusqu'à 2 % pour les ménages les plus aisés. Cette régressivité résulte principalement des primes, et dans une moindre mesure du RAC AMC.

Des actifs fortement mis à contribution pour financer l'assurance maladie obligatoire

Le financement de la dépense de santé représente 16 % du revenu pour les ménages dont la personne la plus âgée a moins de 65 ans, dont 13 % au titre du financement de l'AMO *(graphique 2)*. Le poids de la dépense de santé dans le revenu est croissant avec le revenu, passant de 13 % dans le premier dixième de niveau de vie à 17 % dans l'avant-dernier dixième (16 % dans le dernier dixième). Ceci s'explique en particulier par la progressivité des prélèvements directs finançant l'AMO, même si elle est en partie atténuée par la dégressivité de la TVA. En effet, des taux différenciés de CSG

Encadré 2 Le financement de l'assurance maladie complémentaire privée par les primes

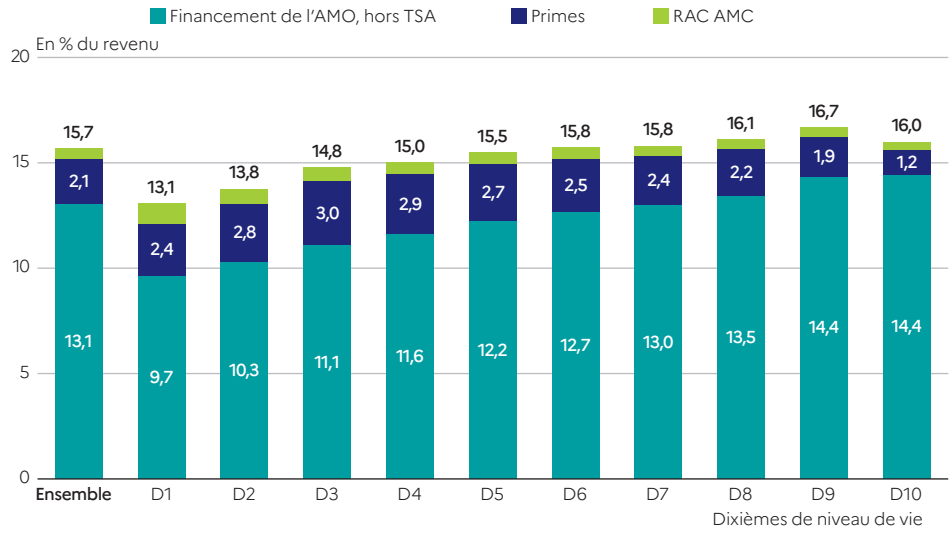
Le modèle Ines-Omar décrit les dépenses de santé, les remboursements par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et complémentaire (AMC) sur le champ des dépenses de santé individualisables présentées au remboursement de l'AMO. Les dépenses de santé non remboursables par l'AMO (comme l'ostéopathie), ainsi 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. Les primes de contrats individuels et d'entreprise sont calées séparément, en distinguant leur taux de frais de gestion et de marge.

Par ailleurs, dans le cas des contrats d'entreprise, les primes considérées additionnent à la fois les montants directement acquittés par les salariés, et ceux pris en charge par l'employeur. En effet, la participation employeur peut être vue comme un supplément de salaire immédiatement prélevé et versé au titre de la complémentaire santé.

Graphique 2 **Dépenses affectées au financement du système de santé et au paiement des soins, pour les ménages dont le membre le plus âgé a moins de 65 ans**



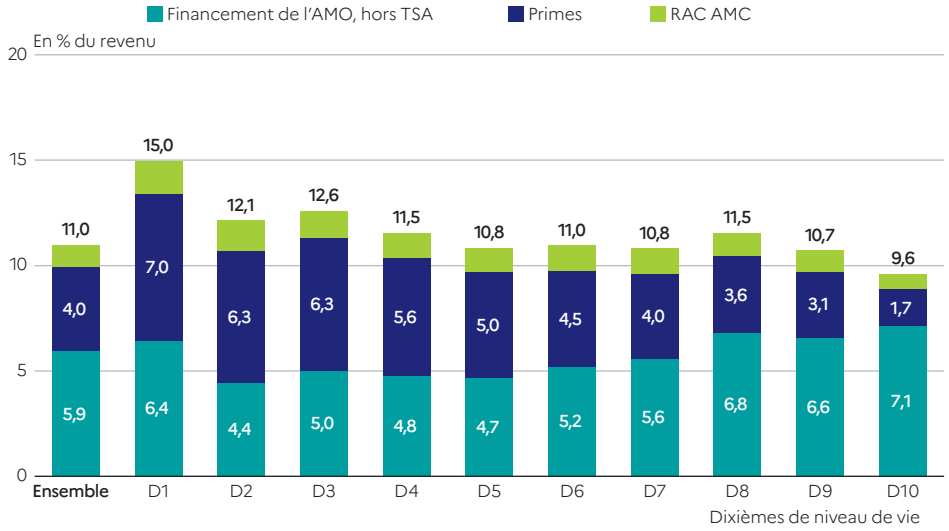
AMO : assurance maladie obligatoire ; TSA : taxe de solidarité additionnelle ; C2S-p : complémentaire santé solidaire participative ; RAC AMC : reste à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire.
Notes > Les primes désignent les cotisations des complémentaires santé et incluent la TSA et les contributions à la C2S-p. Le revenu considéré pour calculer le taux d'effort correspond au revenu disponible augmenté des primes prélevées sur les salaires des ouvrants-droit d'un contrat d'entreprise, et des prélèvements directs permettant de financer l'AMO.
Lecture > En 2023, un ménage du premier dixième de niveau de vie (D1) dont le membre le plus âgé a moins de 65 ans contribue au financement de l'AMO (hors TSA) à hauteur de 10 % de son revenu.
Champ > France métropolitaine ; dépense de santé individualisable et présentée au remboursement de l'AMO.
Source > Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2023.

s'appliquent selon la nature des revenus, de sorte que les chômeurs bénéficient de prélèvements plus réduits que les salariés. Surtout, les allègements généraux pour les bas salaires diminuent les cotisations maladie des ménages peu rémunérés.

Le financement de la dépense est régressif parmi les ménages de 65 ans ou plus

Le poids de la dépense de santé dans le revenu est sensiblement plus faible pour les ménages âgés que pour ceux dont les membres ont moins de 65 ans (11 % contre 16 %) *[graphique 3]*. En particulier, les ménages âgés contribuent moins au financement de l'AMO en proportion de leur revenu (6 % contre 13 %). En effet, les pensions de retraite bénéficient d'un taux réduit de CSG par rapport aux revenus d'activité (certains retraités modestes en sont même exonérés). Quant aux cotisations maladie, elles sont acquittées par les retraités du secteur privé sur leur retraite du régime complémentaire, mais pas sur celle de leur pension du régime de base, et à un taux plus faible que les salariés.
En revanche, le montant des primes de complémentaires est plus élevé pour les ménages dont la personne la plus âgée a 65 ans ou plus que pour les ménages plus jeunes. En effet, les personnes âgées sont majoritairement couvertes par des contrats individuels dont les primes augmentent avec l'âge. Le RAC AMC augmente également avec l'âge, passant de 260 euros dans les ménages où la personne la plus âgée a moins de 65 ans, à 420 euros dans les ménages de 65 ans ou plus. Les primes et restes à charge pèsent ainsi à hauteur de 5 % du revenu des ménages âgés, contre 3 % pour les ménages plus jeunes.

Graphique 3 **Dépenses affectées au financement du système de santé et au paiement des soins, pour les ménages dont le membre le plus âgé a 65 ans ou plus**



AMO : assurance maladie obligatoire ; TSA : taxe de solidarité additionnelle ; C2S-p : complémentaire santé solidaire participative ; RAC AMC : reste à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire.
Notes > Les primes désignent les cotisations des complémentaires santé et incluent la TSA et les contributions à la C2S-p. Le revenu considéré pour calculer le taux d'effort correspond au revenu disponible augmenté des primes prélevées sur les salaires des ouvrants-droit d'un contrat d'entreprise, et des prélèvements directs permettant de financer l'AMO.
Lecture > En 2023, un ménage du premier dixième de niveau de vie (D1) dont le membre le plus âgé a 65 ans ou plus contribue au financement de l'AMO (hors TSA) à hauteur de 6 % de son revenu.
Champ > France métropolitaine ; dépense de santé individualisable et présentée au remboursement de l'AMO.
Source > Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2023.

Du fait de l'importance des restes à charge et des primes – des dépenses qui varient relativement peu avec le revenu, contrairement aux cotisations sociales – pour les ménages de 65 ans ou plus, le financement du système est régressif, c'est-à-dire que l'effort financier relativement au revenu est décroissant au sein de cette population (Bonnet, Fauchon, 2025). Les ménages de 65 ans ou plus du premier dixième de niveau de vie consacrent ainsi une part plus importante de leur revenu à financer la dépense de santé que ceux du dernier dixième (15 % contre 10 %).

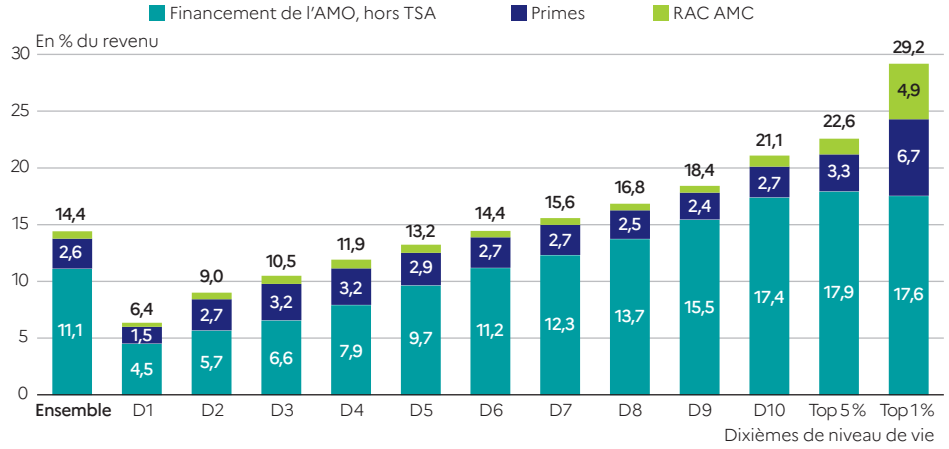
Des ménages modestes surreprésentés parmi les taux d'effort extrêmes

La dépense de santé représente en moyenne 14 % du revenu. Ce « taux d'effort » varie sensiblement selon les ménages : 6 % pour les 10 % de ménages pour lesquels la santé pèse le moins dans le revenu, 21 % pour les 10 % de ménages pour lesquels elle pèse le plus (« top 10 % »), et même 29 % pour 1 % des ménages (« top 1 % ») *[graphique 4]*.

Dans le top 10 %, près de 9 ménages sur 10 ont pour membre le plus âgé une personne de moins de 65 ans *(graphique 5)*. En effet, salariés et indépendants contribuent davantage au financement de l'AMO que les retraités.

En revanche, les taux d'effort les plus extrêmes (top 1 %) sont acquittés par des ménages indistinctement « jeunes » ou « âgés » (avec une ALD ou non) caractérisés en très grande majorité par leurs ressources modestes. Dans 7 cas sur 10, ils relèvent du premier dixième de niveau de vie. Pour ces ménages, les primes des complémentaires et les restes à charge pèsent lourdement sur le revenu. ■

Graphique 4 Distribution des taux d'effort des ménages pour l'ensemble des dépenses de santé



AMO : assurance maladie obligatoire ; TSA : taxe de solidarité additionnelle ; C2S-p : complémentaire santé solidaire participative ; RAC AMC : reste à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire.
Notes > Les primes désignent les cotisations des complémentaires santé et incluent la TSA et les contributions à la C2S-p. Le revenu considéré pour calculer le taux d'effort correspond au revenu disponible augmenté des primes prélevées sur les salaires des ouvrants-droit d'un contrat d'entreprise, et des prélèvements directs permettant de financer l'AMO.
Lecture > En 2023, les 10 % de ménages qui consacrent la part la plus importante de leur revenu (D10) à l'ensemble des dépenses de santé (financement de l'AMO, primes, RAC AMC) s'acquittent de primes s'élevant à la hauteur de 3 % de leur revenu.
Champ > France métropolitaine ; dépense de santé individualisable et présentée au remboursement de l'AMO.
Source > Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2023.

Graphique 5 Caractéristiques des ménages en fonction de leur taux d'effort pour l'ensemble des dépenses de santé

En %

Dixième / centième des taux d'effort	Dixième de niveau de vie		Au moins une personne	
	D1	D10	de 65 ans ou plus	avec une ALD
Ensemble	**10**	**10**	**34**	**38**
D1	18	17	66	47
D2	14	9	65	49
D3	9	6	61	50
D4	8	5	45	45
D5	7	5	32	38
D6	6	6	19	33
D7	7	7	15	30
D8	7	10	12	30
D9	7	16	9	29
D10	18	17	13	28
Top 5 %	28	13	17	30
Top 1 %	69	1	36	39

AMO : assurance maladie obligatoire ; TSA : taxe de solidarité additionnelle ; C2S-p : complémentaire santé solidaire participative ; RAC AMC : reste à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire.
Notes > Les primes désignent les cotisations des complémentaires santé et incluent la TSA et les contributions à la C2S-p. Le revenu considéré pour calculer le taux d'effort correspond au revenu disponible augmenté des primes prélevées sur les salaires des ouvrants-droit d'un contrat d'entreprise, et des prélèvements directs permettant de financer l'AMO.
Lecture > En 2023, les ménages dont le membre le plus âgé a 65 ans ou plus constituent 13 % des 10 % de ménages avec les taux d'effort pour l'ensemble des dépenses de santé (financement de l'AMO hors TSA, primes de complémentaire santé, RAC AMC) les plus élevés (D10).
Champ > France métropolitaine ; dépense de santé individualisable et présentée au remboursement de l'AMO.
Source > Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2023.

Pour en savoir plus

> **Bonnet, O. Desjonquères, A.** (2026, janvier). La complémentaire santé solidaire permet à huit bénéficiaires sur dix de ne plus avoir de reste à charge en santé. Drees, *Études et Résultats,* 1362.
> **Bonnet, O., Fauchon, A.** (2025, août). Dépenses de santé : un taux d'effort progressif chez les actifs, plus faible chez les retraités aisés et très élevé pour certains ménages modestes. Drees, *Études et résultats,* 1345.
> **Commission des comptes de la Sécurité sociale** (2024). Rapport à la commission des comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2023, prévisions 2024 et 2025.
> **Desjonquères, A., Fauchon, A.** (2026, avril). En 2023, les personnes sous le seuil de pauvreté restent bien plus souvent sans complémentaire santé que les autres. Drees, *Les Dossiers de la Drees,* 137.
> **Fauchon, A.** (2026, novembre). Le modèle de microsimulation Ines-Omar 2023 – Note méthodologique détaillée. Drees, *Drees Méthodes,* 29.
> **Fouquet, M., Pollak, C.** (2022, février). L'assurance maladie publique contribue fortement à la réduction des inégalités de revenu. Drees, *Études et Résultats*, 1220.
> **Rieg, C., Rousset, A.** (2025, juillet). Niveau de vie et pauvreté en 2023. Insee, *Insee Première,* 2063.

16 Les effets redistributifs de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire

Le système d'assurance maladie obligatoire (AMO) opère des transferts importants entre les personnes selon leur niveau de vie. D'une part, le financement de l'AMO est progressif, c'est-à-dire que son poids dans le revenu des ménages est supérieur pour les ménages aisés. D'autre part, les prestations versées par l'AMO varient peu en fonction du revenu, et représentent donc pour les ménages modestes des montants conséquents au regard de leurs autres ressources. Ainsi, l'AMO réduit les écarts de niveau de vie, par rapport à une situation où chaque ménage devrait assumer intégralement ses frais de santé. À l'inverse, l'assurance maladie complémentaire (AMC) induit peu de transferts entre niveaux de vie, qui tiennent exclusivement au fonctionnement de la complémentaire santé solidaire (C2S).

L'assurance maladie est un dispositif de prélèvements et de prestations qui modifie le revenu et donc le niveau de vie[1] des ménages par rapport à une situation où ceux-ci assumeraient intégralement leurs frais de santé. Le modèle de microsimulation Ines-Omar 2023 (voir annexe 2) permet de mesurer la réduction des inégalités opérée par l'ensemble du système, puisqu'il prend en compte les financements et les prestations de toutes ses composantes, publiques et privées. L'effet redistributif de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et complémentaire (AMC) peut s'apprécier à l'aune des transferts de revenu opérés entre ménages, et par la réduction des écarts de niveau de vie entre ménages (Germain, 2021). Avant les prélèvements des montants finançant l'AMO et l'AMC[2], les ménages du dernier dixième de niveau de vie ont un niveau de vie 7 fois supérieur à celui des ménages du premier dixième. Après prélèvement du financement de l'assurance maladie et après versement de ses prestations, ce rapport n'est plus que de 1 à 5 *(graphique 1)*. La différence entre les prestations et le financement de l'assurance maladie représente un gain de 2 940 euros par unité de consommation (UC) pour les ménages du premier dixième de niveau de vie, et une perte de 6 320 euros pour les ménages du dernier dixième.

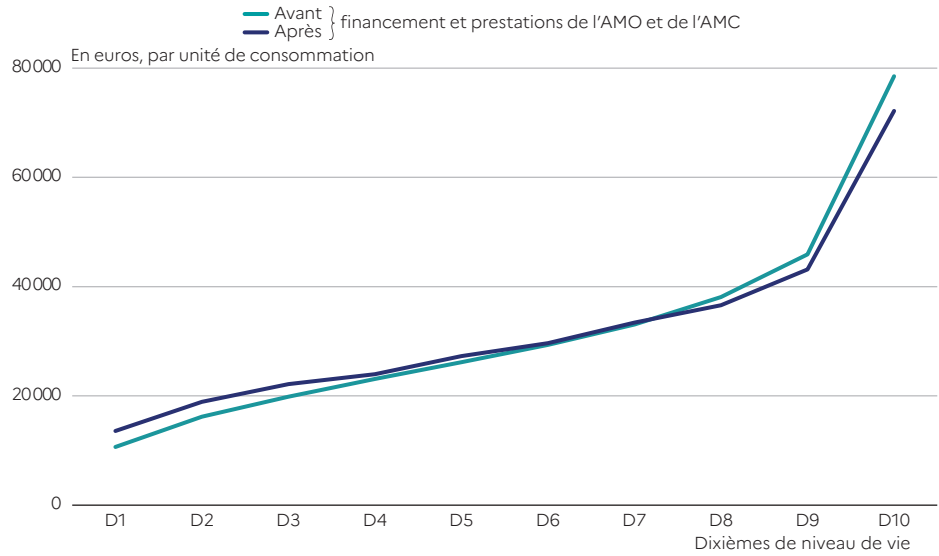
L'assurance maladie obligatoire opère d'importants transferts entre hauts et bas revenus

Le financement de l'AMO par les prélèvements sociaux est progressif, c'est-à-dire que le poids des cotisations sociales et de la contribution sociale généralisée (CSG) attribué à l'AMO dans le revenu des ménages augmente avec leur niveau de vie (voir fiche 15). Ainsi, en 2023, un ménage du premier dixième de niveau de vie verse 230 euros par unité de consommation de prélèvements directs (cotisations sociales et CSG) pour financer l'AMO, quand un ménage du dernier dixième paie 8 120 euros *(graphique 2)*.

En revanche, le financement de l'AMO par les prélèvements indirects, en particulier la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) et la taxe de solidarité additionnelle (TSA), est régressif, c'est-à-dire qu'il pèse davantage dans le revenu des ménages les plus modestes.

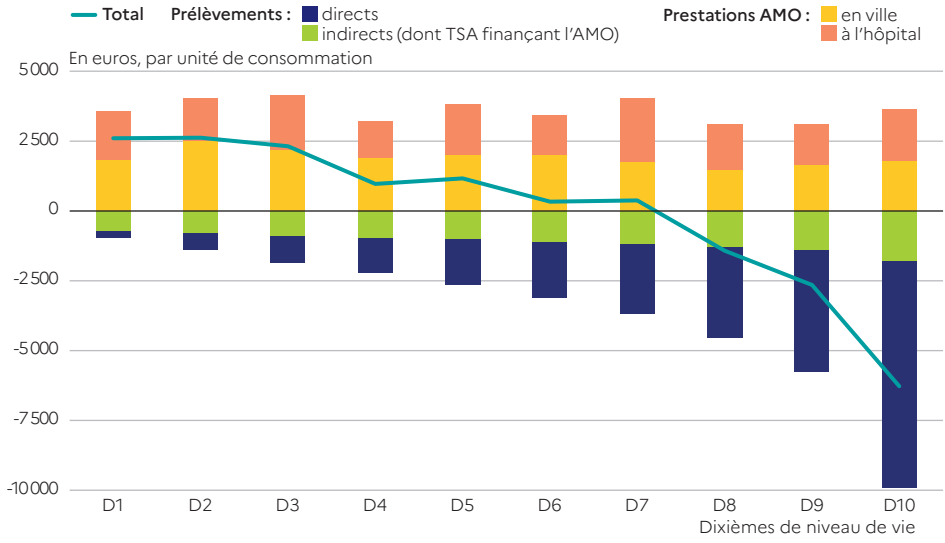
1. Pour comparer des ménages de taille ou de composition différente, on calcule le niveau de vie en divisant le revenu disponible par le nombre d'unités de consommation (UC). Celles-ci sont calculées de la façon suivante : 1 UC pour le premier adulte du ménage, 0,5 UC pour les autres personnes de 14 ans ou plus, 0,3 UC pour les moins de 14 ans.
2. Mais après l'ensemble des transferts (prélèvements et prestations) non liés au système de santé.

Graphique 1 **Les niveaux de vie avant et après transferts de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire**



AMO : assurance maladie obligatoire ; AMC : assurance maladie complémentaire.
Lecture > En 2023, un ménage du premier dixième de niveau de vie (D1) dispose en moyenne d'un revenu disponible avant financement et prestations de l'AMO et de l'AMC de 10 629 euros par unité de consommation.
Champ > France métropolitaine ; dépense de santé individualisable et présentée au remboursement de l'AMO.
Source > Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2023.

Graphique 2 **Transferts de l'assurance maladie obligatoire, selon le niveau de vie**



AMO : assurance maladie obligatoire ; TSA : taxe de solidarité additionnelle.
Lecture > En 2023, les prélèvements directs permettant de financer l'AMO s'élèvent à 235 euros par unité de consommation pour un ménage du premier dixième de niveau de vie (D1).
Champ > France métropolitaine ; dépense de santé individualisable et présentée au remboursement de l'AMO.
Source > Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2023.

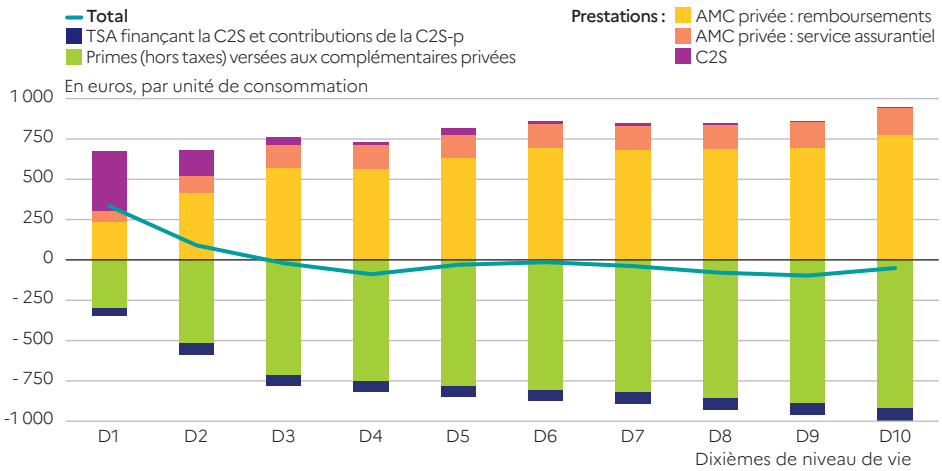
Les prestations de l'AMO[3] contribuent elles aussi à la redistribution des revenus. Elles varient peu en fonction du niveau de vie, et atteignent donc des montants particulièrement élevés pour les ménages modestes, au regard de l'ensemble de leurs ressources.
Enfin, la contribution de l'AMO à la redistribution des revenus ne se limite pas aux transferts monétaires qu'elle organise. En effet, un système de santé accessible et de qualité permet à des personnes de se soigner et, par la suite, d'améliorer leur productivité et leur participation à l'activité économique. De cette manière, l'AMO réduit aussi les écarts de revenus au stade de leur distribution primaire.

L'assurance maladie complémentaire n'a pratiquement aucun effet redistributif entre ménages de niveaux de vie différents

L'AMC peut également être considérée parmi les systèmes de transfert modifiant les inégalités de revenu. Cela ne va pas de soi, dans la mesure où l'adhésion à une AMC n'est pas toujours obligatoire, et que les prestations offertes sont globalement contributives, c'est-à-dire proportionnelles aux primes versées. Cependant, eu égard à la forte diffusion de la couverture complémentaire maladie (97 % de la population française en bénéficie [Desjonquères, Fauchon, 2026]), son intervention peut être également intégrée dans un bilan redistributif de l'assurance maladie dans sa globalité. Il convient de distinguer pour cela la complémentaire santé solidaire (C2S) et les complémentaires santé privées.
La C2S, dispositif public favorisant l'accession à la complémentaire santé des ménages les plus modestes, réalise des transferts de revenu au bénéfice des premiers dixièmes de niveau de vie. Les prestations de la C2S se concentrent presque entièrement parmi les deux premiers dixièmes de niveau de vie, qui reçoivent en moyenne 370 (D1) et 160 euros (D2) de remboursements par unité de consommation *(graphique 3)*.
Le financement de la C2S repose d'une part sur les contributions des bénéficiaires de la C2S participative (C2S-p), et d'autre part sur la taxe de solidarité additionnelle (TSA), prélevée sur les primes des complémentaires privées. Si ces deux prélèvements sont légèrement plus faibles pour les ménages du premier dixième de niveau de vie (moins de 40 euros par unité de consommation), ils atteignent des montants similaires pour les autres ménages modestes et les ménages aisés (autour de 70 euros). Le financement de la C2S est donc globalement régressif.
Les primes hors taxes versées aux complémentaires santé privées[4] sont plus élevées parmi les ménages plus aisés. Les primes moyennes sont particulièrement faibles parmi les ménages du premier dixième de niveau de vie, qui compte une proportion très importante de bénéficiaires de la C2S, qu'elle soit gratuite ou payante (57 %), ainsi que de personnes sans complémentaire santé (7 %).
Les prestations versées par les complémentaires santé augmentent légèrement avec le niveau de vie des bénéficiaires, en partie car le reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) croît avec le niveau de vie (voir fiche 14), et la qualité de la couverture complémentaire (voir fiche 27) s'améliore avec le revenu.

3. Les prestations de l'AMO sont constituées du remboursement des dépenses de santé, soit directement à leurs assurés, soit par le règlement de la dépense des assurés auprès des professionnels de santé dans le mécanisme du tiers payant.
4. Les primes considérées ici incluent la participation de l'employeur en cas de contrat d'entreprise, mais excluent la TSA ainsi que les contributions versées par les bénéficiaires de la C2S-p. Les frais de gestion et la marge des assureurs santé, considérés comme la contrepartie d'un service assurantiel, ne sont pas soustraits de ces primes. Le service assurantiel étant par ailleurs pris en compte comme un transfert, la somme des prestations de l'AMC privée est égale à la somme des primes versées.

Graphique 3 Transferts de l'assurance maladie complémentaire, selon le niveau de vie



AMO : assurance maladie obligatoire ; AMC : assurance maladie complémentaire ; TSA : taxe de solidarité additionnelle ; C2S : complémentaire santé solidaire ; C2S-p : complémentaire santé solidaire participative.
Lecture > En 2023, les contributions à la C2S-p et les recettes de la TSA permettant de financer la C2S s'élèvent à 44 euros par unité de consommation pour un ménage du premier dixième de niveau de vie (D1).
Champ > France métropolitaine ; dépense de santé individualisable et présentée au remboursement de l'AMO.
Source > Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2023.

Au global, les prestations moyennes de l'AMC privée sont pratiquement équivalentes aux prélèvements moyens dans chaque dixième de niveau de vie[5].

Les aides socio fiscales bénéficient surtout aux plus aisés

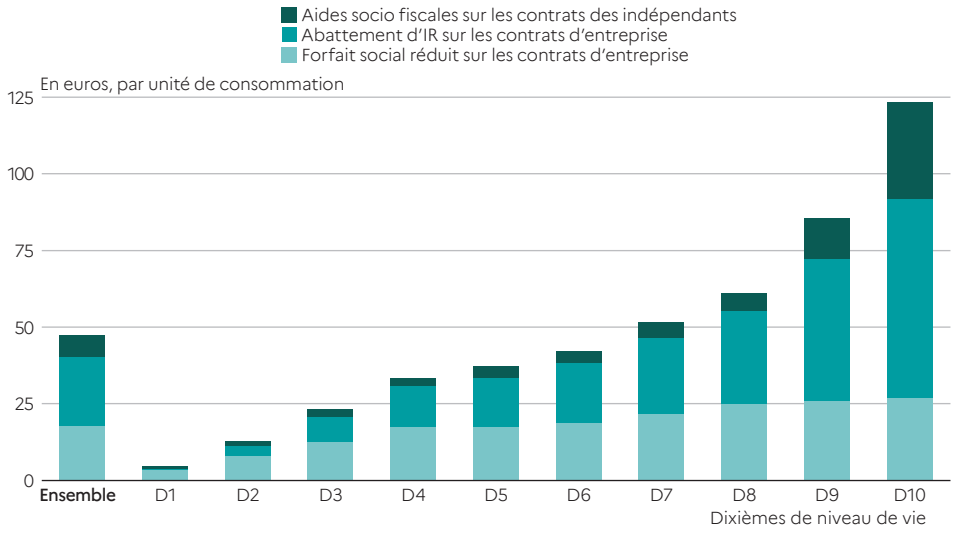
Enfin, il existe de nombreuses aides socio fiscales favorisant la souscription d'une complémentaire santé privée (Fouquet, Pollak, 2022)[6].

D'une part, la participation obligatoire de l'employeur à un contrat d'entreprise (voir fiche 13), fortement croissante avec le niveau de vie, et qui peut être assimilée à un surcroît de rémunération, se voit appliquer un forfait social à un taux dérogatoire avantageux (exonération pour les très petites entreprises et 8 % pour les autres, contre 20 % usuellement). D'autre part, la cotisation de complémentaire santé, directement acquittée par les salariés et les indépendants, est retirée de leur assiette d'impôt sur le revenu (IR).

Les ménages du dernier dixième de niveau de vie perçoivent en moyenne 120 euros par unité de consommation d'aides socio fiscales, soit deux fois plus que l'ensemble de la population *(graphique 4)*. Au-delà de ces inégalités entre niveaux de vie, la situation favorable des personnes en emploi dans le secteur privé contraste avec celle des personnes retraitées, lesquelles – lorsqu'elles ne sont pas éligibles à la C2S – doivent s'acquitter des cotisations de complémentaire santé élevées, tandis qu'aucun dispositif d'aide ne leur est dédié. ■

5. Une limite à cette analyse est qu'elle n'inclut ni les prestations, ni les financements de l'AMC privée pour des soins non remboursables par l'AMO.
6. Le montant de ces aides s'élèverait à 2 milliards d'euros en restant sur le champ des dépenses individualisables et présentées au remboursement de l'AMO (voir l'encadré 2 de la fiche 15) et serait porté à 3 milliards d'euros en élargissant aux dépenses non individualisables ou non remboursables. Le montant des aides associées aux primes versées au titre de la prévoyance n'est en revanche pas estimé ici.

Graphique 4 Aides socio-fiscales annuelles, selon le niveau de vie



AMO : assurance maladie obligatoire ; IR : impôt sur le revenu.
Lecture > En 2023, un ménage du premier dixième de niveau de vie (D1) reçoit en moyenne 1 euro par unité de consommation d'aides socio-fiscales en lien avec la souscription d'un contrat d'indépendant.
Champ > France métropolitaine ; dépense de santé individualisable et présentée au remboursement de l'AMO.
Source > Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2023.

Pour en savoir plus

> **Fauchon, A.** (2026, novembre). Le modèle de microsimulation Ines-Omar 2023 – Note méthodologique détaillée. Drees, *Drees Méthodes,* 29.
> **Fouquet, M., Pollak, C.** (2022, septembre). Impact des assurances complémentaires santé et des aides socio-fiscales à leur souscription sur les inégalités de niveau de vie. Drees, *Les Dossiers de la Drees*, 101.
> **Germain, J.-M. (dir)** (2021). Rapport du groupe d'experts sur la mesure des inégalités et de la redistribution. Édition 2021. Insee, *Insee Méthodes*, 138.