

Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/225-assurance-maladie-et-complementaires-sante.pdf>

Assurance maladie et complémentaires santé : comment contribuent-elles à la solidarité entre hauts et bas revenus ?

Florence Jusot (Université Paris-Dauphine, PSL Research University, Leda-Legos et Irdes),
Renaud Legal (Drees), Alexis Louvel (Drees), Catherine Pollak (Drees et Université Paris Dauphine,
Leda-Legos), Amir Shmueli (The Hebrew University-Hadassah School of Public Health)

La solidarité assurée par un système d'assurance maladie provient des transferts qu'il opère entre individus de classes de revenus différentes. Cette solidarité dépend des structures de consommations de soins et de cotisations à l'assurance maladie par niveau de vie.

La solidarité du système français relève essentiellement du financement progressif de l'assurance maladie obligatoire : les plus aisés contribuent plus que les plus pauvres. Mais en dépit de fortes inégalités sociales de santé, qui impliquent des besoins de soins plus importants chez les plus pauvres, les prestations sont relativement homogènes entre classes de revenus. Elles n'augmentent donc que très faiblement la solidarité du système en raison des barrières à l'accès à certains soins.

Au contraire de l'assurance maladie obligatoire, l'assurance maladie complémentaire et les restes à charge induisent très peu de transferts entre groupes de revenu. La mixité du système d'assurance maladie français est donc également un facteur limitant de sa solidarité entre classes de revenus.

La première solidarité recherchée par un système d'assurance maladie, qu'il soit public ou privé, est une solidarité entre malades et bien portants. Dans les assurances privées, cette solidarité se manifeste par le fait que les primes des individus en bonne santé financent les soins des malades, au sein d'une même classe de risque. Les

systèmes assurantiels purs ne se donnent pas pour objectif d'organiser d'autres solidarités, notamment entre les hauts revenus et les plus modestes. Dans les systèmes publics de santé, la solidarité entre malades et bien portants se double d'une solidarité entre les hauts revenus et les plus modestes. Ces systèmes s'assurent que les plus modestes peuvent obtenir un

meilleur accès aux soins que celui qu'ils auraient eu dans un système sans couverture mutualisée du risque maladie ou dans un système d'assurance privée fonctionnant selon une logique de tarification au risque. En France, ces prin-

cipes d'équité sont au cœur du principe du pacte de 1945 « De chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins » (Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, 2013 ; Le Pen, 2010).

Analyser la performance du système d'assurance maladie au regard de principes d'équité

Malgré la mise en place de participations financières à la charge du patient qui peuvent être remboursées par des organismes privés d'assurance complémentaire, la solidarité a progressé depuis sa mise en place. Une plus grande équité a été recherchée dans le financement, grâce notamment à l'introduction d'un impôt sur les revenus d'activité, de remplacement et de patrimoine : la Contribution sociale généralisée (CSG). Du côté des prestations reçues, la mise en œuvre de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'Aide médicale d'État (AME) en 2000, puis de l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) en 2005 a renforcé la solidarité du système en dotant les plus pauvres d'une

T

Contributions à l'indice de solidarité (en référence à la bissectrice)

	Contribution des prestations reçues (A)	Contribution du financement (B)	Indice de solidarité (C)
Assurance maladie obligatoire	+0,03	+0,22	+0,25
Assurance maladie complémentaire	-0,05	+0,06	+0,01
Reste à charge	-0,06	+0,06	0,00
ENSEMBLE	+0,01	+0,18	+0,19
Consommation de soins sans barrières d'accès aux soins	+0,03	+0,18	+0,21
Contributions au financement proportionnelles au revenu	+0,01	+0,15	+0,16

Lecture : L'indice de solidarité (C) est décomposé, en référence à la bissectrice, en deux contributions des prestations reçues (A) et du financement (B) qui reflètent la distribution de ces transferts. Sur le champ complet, l'indice de solidarité est égal à 0,19 : le financement contribue pour +0,18 point à l'indice, et la consommation de soins pour +0,01 point.

Champ : Population vivant en France métropolitaine dans un ménage ordinaire.

Source : Inès-Omar 2012.

[Télécharger les données](#)

couverture complémentaire gratuite ou subventionnée.

En dehors de critères d'efficacité, la performance des systèmes de santé peut être jugée à l'aune de considérations de justice sociale (Rochaix et Tubeuf, 2009). Un premier principe de justice sociale est le principe d'équité horizontale dans la consommation qui vise à garantir que chacun reçoive les soins nécessaires en fonction de ses besoins, indépendamment de sa capacité à les payer. Un

autre principe est celui d'équité verticale du financement qui recommande alors une contribution au financement croissante avec la capacité contributive, c'est-à-dire avec le niveau de vie. Ce principe d'équité dans le financement a pour but, avant tout, de garantir un égal accès aux soins à tous grâce à la déconnexion entre l'utilisation des soins et leur financement, mais il assigne en outre un rôle redistributif au financement des soins. La solidarité à l'œuvre dans un système d'assurance maladie est très liée au respect de ces critères de justice sociale.

M ÉTHODE

Un indice de solidarité pour mesurer le degré de solidarité à l'œuvre dans le système de santé

Les distributions de la consommation de soins et de leur financement selon le niveau de vie peuvent être représentées par des courbes de concentration en classant les ménages selon leur niveau de vie. Elles représentent la part cumulée de la consommation de soins et celle de son financement en chaque point de la distribution du niveau de vie. L'indice de solidarité proposé par Shmueli (2015) correspond à l'aire entre les deux courbes. Sa valeur est comprise en -1 et 1. Il est positif lorsque les ménages des premiers déciles de niveau de vie ont une consommation de soins plus importante que leur contribution au financement, c'est-à-dire lorsque les ménages les plus riches financent une partie des soins des ménages les plus pauvres. Il est nul dans un système où les ménages paient proportionnellement aux soins qu'ils consomment.

Lorsque les indices de concentration sont calculables (les courbes de concentration ne croisent pas la bissectrice), on peut montrer que l'indice de solidarité est égal à la moitié de la différence entre l'indice de concentration du financement et celui de la consommation. Cette formule permet de calculer séparément les contributions de la consommation et du financement à l'indice de solidarité. Ces contributions sont d'autant plus importantes (en valeur absolue) que les distributions de la consommation, ou du financement, s'écartent de la situation où tous les ménages reçoivent et contribuent de façon égale (situation illustrée par la bissectrice).

Estimer et neutraliser les barrières à l'accès aux soins

Pour apprécier l'indice de solidarité au regard du principe d'équité horizontale dans la consommation, on estime la valeur qu'aurait l'indice dans une situation d'absence de barrières à l'accès aux soins liées au niveau de vie, c'est-à-dire si la consommation de soins ne dépendait que du besoin de soins.

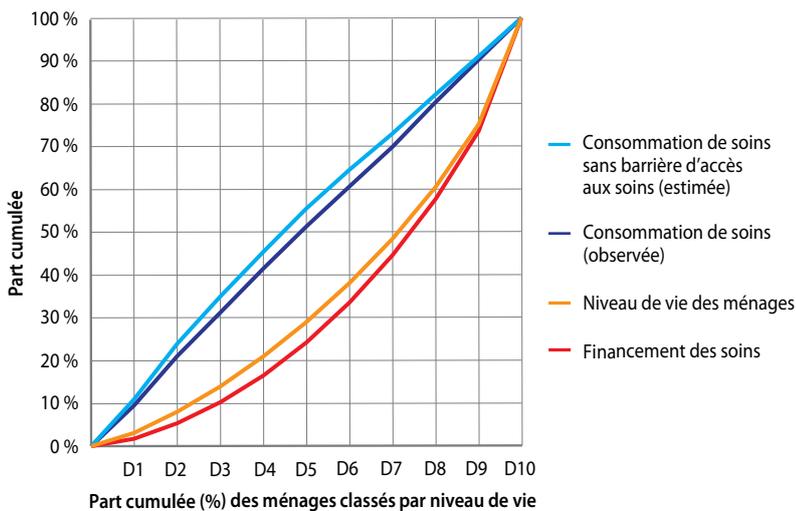
Pour ce faire, on modélise par une régression linéaire le logarithme des dépenses de santé de chaque individu i en fonction de son besoin de soins (état de santé, âge, sexe) et de son niveau de vie, et on attribue à tous les individus la consommation de soins qu'ils auraient s'ils avaient tous le même niveau de vie. L'estimation confirme que les dépenses de santé augmentent avec l'âge, un mauvais état de santé (perçu et présence d'une affection de longue durée), le fait d'être une femme et le niveau de vie.

La solidarité du système d'assurance maladie français tient surtout à son financement

La solidarité entre groupes de revenus assurée par le système d'assurance maladie français est analysée à l'aide d'un indice de solidarité. Sa valeur est d'autant plus élevée que les transferts des plus riches vers les plus démunis sont importants, soit parce que les plus riches contribuent davantage à son financement, soit parce que les plus modestes bénéficient davantage de ses prestations, notamment du fait de besoins de soins plus importants. L'indice de solidarité calculé pour le système d'assurance maladie français est égal à 0,19 (tableau). Un indice de solidarité positif n'implique pas forcément le respect des deux principes d'équité dans la consommation et le financement. Aussi faut-il l'apprécier en le comparant à la valeur qui aurait été obtenue dans les situations où le système

G1

Solidarité du financement et des prestations du système d'assurance maladie (assurance obligatoire, complémentaire et reste à charge des ménages)



Lecture : La consommation de soins (courbe bleu foncé) est moins concentrée en bas de l'échelle des niveaux de vie que dans la situation où la consommation de soins ne dépend que du besoin de soins (courbe bleu clair). Les personnes appartenant aux 4 premiers déciles de niveau de vie (D1 à D4) consomment 42 % de l'ensemble des soins, tandis qu'en l'absence de barrière d'accès aux soins, elles en consommeraient 45 % en raison d'inégalités sociales de santé. Les barrières d'accès aux soins limitent donc la solidarité qui est d'autant plus importante que la courbe de concentration de la consommation de soins est éloignée au-dessus de la courbe de concentration du financement. Le financement est davantage concentré en haut de l'échelle des niveaux de vie que le niveau de vie lui-même (il est progressif) : sa courbe de concentration est en dessous de la courbe de concentration des niveaux de vie. Les personnes appartenant aux 4 premiers déciles de niveau de vie contribuent au financement à hauteur de 17 %, et concentrent 21 % du cumul des niveaux de vie.

Champ : Population vivant en France métropolitaine dans un ménage ordinaire.

Source : Inès-Omar 2012.

[Télécharger les données](#)

ciaires de minima sociaux, sont exonérés de la CSG. Enfin, les allègements de cotisations sociales patronales pour les bas salaires diminuent les cotisations assises sur les ménages ayant des revenus faibles (encadré sources et graphique 2).

Des barrières à l'accès à certains soins limitent la solidarité

Si le système de santé français permettait à chacun de recevoir les soins nécessaires au regard de ses besoins (sans aucune différence selon le niveau de vie), l'indice de solidarité serait égal à 0,21. Il serait donc plus important qu'il ne l'est aujourd'hui (0,19), signe que l'objectif d'équité horizontale dans la consommation de soins n'est pas atteint. En effet, en l'absence de barrière à l'accès aux soins, la consommation de soins devrait être plus élevée parmi les ménages modestes qu'elle ne l'est actuellement, du fait de l'existence d'inégalités sociales de santé. Ces iniquités dans la consommation de soins peuvent s'expliquer par des renoncements aux soins pour raisons financières – principalement pour les soins dentaires et optiques – par la moindre couverture complémentaire des individus des premiers déciles de niveau de vie, malgré l'existence des dispositifs d'aide

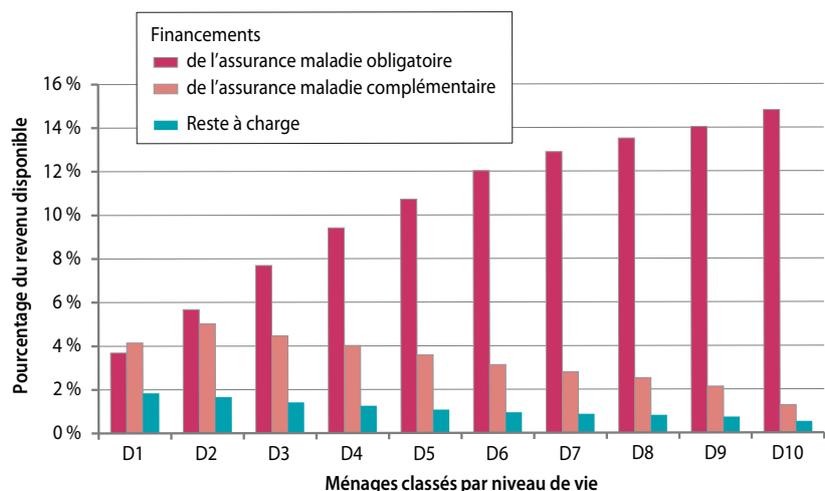
de santé répondrait à ces objectifs, c'est-à-dire une situation où chacun recevrait selon ses besoins ou contribuerait selon son niveau de vie (graphique 1, tableau et encadré méthode).

de CSG différenciés selon la nature des revenus (revenus d'activité, de patrimoine et de remplacement). De plus, certains ménages modestes, comme les bénéfici-

On peut considérer que le principe d'équité verticale requiert que le financement des soins ne creuse pas les inégalités de revenu. Cet objectif plancher est atteint lorsque chaque ménage contribue au financement proportionnellement à son niveau de vie, c'est-à-dire lorsque la courbe de concentration du financement correspond à celle des niveaux de vie. Sous cette hypothèse, l'indice de solidarité serait inférieur au niveau actuel (0,16 contre 0,19). Le financement des dépenses de santé dépasse donc l'objectif plancher d'équité verticale de financement proportionnel au niveau de vie en étant légèrement progressif : les individus les plus aisés contribuent au financement plus que proportionnellement à leurs revenus. Cela est principalement dû au financement de l'assurance maladie obligatoire dans l'ensemble du financement. Celui-ci est progressif en raison de taux

G2

Contributions des ménages au financement des assurances maladie obligatoire et complémentaire, reste à charge des ménages



Lecture : Le financement de l'assurance maladie obligatoire représente 8 % du revenu disponible des ménages appartenant au 3^e décile (D3). Le financement de l'assurance complémentaire et leur reste à charge représentent respectivement 4 % et 1 % de leur revenu disponible.

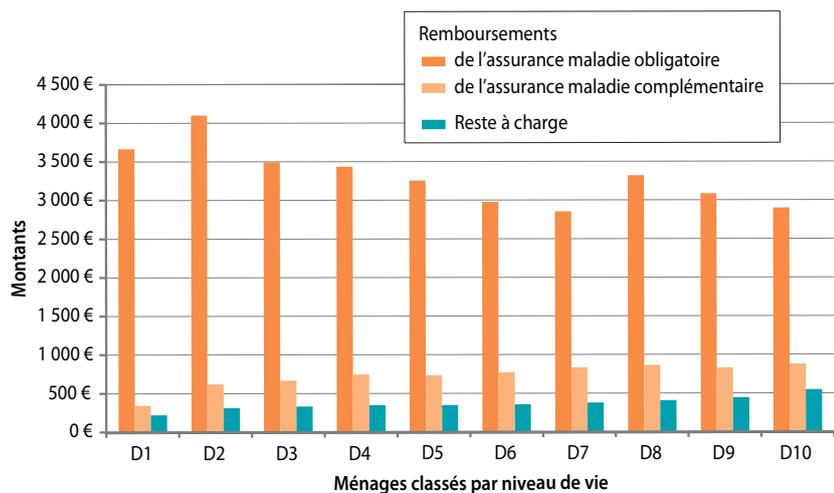
Champ : Population vivant en France métropolitaine dans un ménage ordinaire.

Source : Inès-Omar 2012.

[Télécharger les données](#)

G3

Remboursements des assurances maladie obligatoire et complémentaire, reste à charge des ménages



Lecture : L'assurance maladie obligatoire finance les dépenses de santé des ménages appartenant au 3^e décile (D3) à hauteur de 3 500 euros. L'assurance maladie complémentaire leur rembourse 670 euros, et leur reste à charge s'élève à 330 euros.

Champ : Population vivant en France métropolitaine dans un ménage ordinaire.

Source : Inès-Omar 2012.

[Télécharger les données](#)

sées par l'assurance maladie obligatoire à travers différents mécanismes. Ces ménages recourent plus que les autres à des soins bien pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (pharmacie, hôpital, par exemple). Ainsi, l'assurance maladie obligatoire finance 87 % des dépenses des ménages du premier décile contre 75 % pour la population générale. D'une part, le dispositif des Affections de longue durée (ALD) propose une prise en charge à 100 % des tarifs de convention pour les soins en lien avec cette pathologie. Or, les individus en ALD sont un peu plus nombreux dans les premiers déciles (19 % dans le premier quintile) que dans l'ensemble de la population (15 %). D'autre part, une partie des ménages des premiers déciles bénéficient de remboursements au titre de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) [graphiques 3 et 4].

(CMU-C, ACS) ou encore par des barrières culturelles et informationnelles (Dourgnon *et al.*, 2012 ; Jusot, 2013 et 2014) [encadré Méthode].

L'assurance obligatoire génère la quasi-totalité de la solidarité entre hauts et bas revenus

La solidarité à l'œuvre dans le système de santé passe quasi-exclusivement par l'assurance maladie obligatoire (l'indice de solidarité de l'assurance maladie obligatoire est égal à 0,25). Le financement de l'assurance maladie obligatoire, qui est davantage supporté par les ménages aisés, contribue à la solidarité (à hauteur de 0,22 point), davantage que les prestations versées. Ce financement est en grande partie réalisé par les cotisations patronales et la CSG, toutes deux assises sur les salaires et revenus, sans lien a priori avec le niveau de risque individuel et donc les prestations reçues.

Les remboursements de l'assurance maladie obligatoire ne contribuent que peu (0,03 point) à la solidarité. Les ménages du premier décile de niveau de vie perçoivent 11 % des remboursements et ceux du dernier décile 9 %. Les rem-

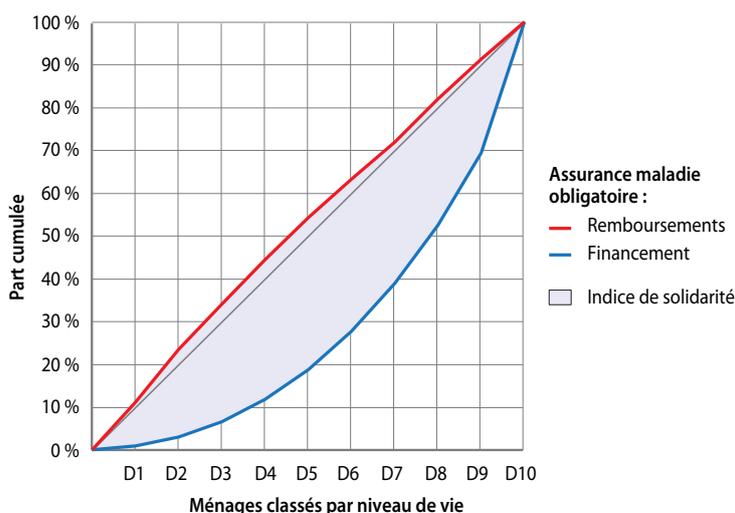
boursements de l'assurance maladie obligatoire, légèrement plus élevés parmi les ménages modestes, reflètent des inégalités sociales de santé (graphiques 3 et 4). Ces ménages comprennent davantage de personnes qui déclarent être en mauvaise santé et dont les consommations totales de soins sont plus élevées. Ces inégalités sociales de santé sont en partie compen-

L'assurance maladie complémentaire contribue très faiblement à la solidarité entre classes de revenus

La solidarité mise en œuvre par l'assurance complémentaire est bien moindre que celle assurée par l'assurance maladie obligatoire (indice de solidarité de 0,01).

G4

Indice de solidarité de l'assurance maladie obligatoire



Lecture : Les ménages appartenant aux 4 premiers déciles de niveau de vie (D1 à D4) contribuent au financement de l'assurance maladie obligatoire à hauteur de 12 %. Ils reçoivent 44 % de l'ensemble des remboursements de l'assurance maladie obligatoire.

Champ : Population vivant en France métropolitaine dans un ménage ordinaire.

Source : Inès-Omar 2012.

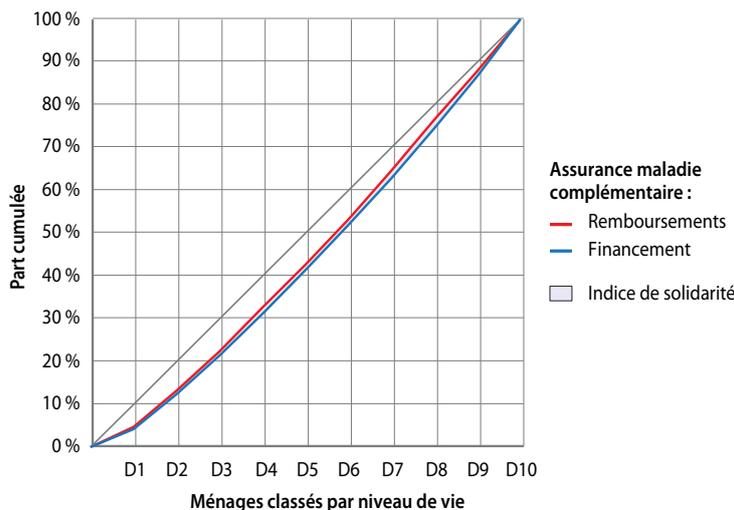
[Télécharger les données](#)

Ceci illustre bien les différences de logique entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire : les remboursements versés par les organismes complémentaires sont d'autant plus importants que les primes de souscription aux contrats sont élevées (graphique 5). Les contributions au financement de l'assurance maladie complémentaire et le montant des remboursements augmentent ainsi avec le niveau de vie à partir du deuxième décile de niveau de vie, reflétant l'accès à des complémentaires santé de meilleure qualité des ménages plus aisés. Certains organismes de couverture complémentaire pratiquent une tarification solidaire en fonction du revenu, mais ces contrats sont peu fréquents (Leduc et Montaut, 2016) et ne permettent pas de générer beaucoup de solidarité.

Les ménages du premier décile de niveau de vie reçoivent une part moins importante (5 %) des remboursements par l'assurance maladie complémentaire que le reste de la population. Ils sont plus nombreux à ne pas être couverts par une assurance maladie complémentaire (13 % pour les individus du premier décile, 8 % pour les individus du deuxième décile et 4 % en population générale). Leur couverture complémentaire est aussi de

G5

Indice de solidarité de l'assurance maladie complémentaire



Lecture : Les ménages appartenant aux 4 premiers déciles de niveau de vie (D1 à D4) contribuent au financement de l'assurance maladie complémentaire à hauteur de 31 %. Ils reçoivent 33 % de l'ensemble des remboursements de l'assurance maladie complémentaire.

Champ : Population vivant en France métropolitaine dans un ménage ordinaire.

Source : Inès-Omar 2012.

[Télécharger les données](#)

moins bonne qualité, car ils sont moins nombreux à bénéficier de contrats collectifs offrant de meilleures garanties. Les ménages du premier décile de niveau de vie contribuent aussi moins (à hauteur de 4 %) au financement de l'assurance maladie complémentaire. Outre leur moins bon niveau de couverture, une partie

des ménages des deux premiers déciles bénéficie de l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) qui prend en charge une partie des primes des couvertures complémentaires. Malgré ce dispositif, les ménages du premier décile contribuent davantage au financement de l'assurance maladie complémentaire que de l'assurance maladie obligatoire, alors que l'assurance maladie complémentaire ne couvre que 8 % de leurs dépenses de santé¹ (graphique 2).

SOURCES

Les données de consommation de soins et de financement des ménages : le modèle Inès-Omar 2012

L'outil de microsimulation Inès-Omar 2012 présente, au niveau individuel, les dépenses de santé présentées au remboursement et la décomposition de leur financement (Lardellier *et al.*, 2011). Il regroupe des données sur la santé et la couverture complémentaire issues de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'Irdes, des données sur les remboursements de l'Assurance maladie et son financement issues des fichiers administratifs de l'Assurance maladie, des organismes sociaux et de l'administration fiscale, et des données sur les garanties et les primes issues de l'enquête Drees sur les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires.

La consommation de soins comprend les dépenses présentées au remboursement (y compris dépassements) en soins de ville et à l'hôpital (séjours de Médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)). Les soins non remboursables, les dépenses du champ médico-social et autres dépenses hospitalières (Psychiatrie (Psy), Soins de suite et de réadaptation (SSR), Hospitalisation à domicile (HAD)) sont exclus. Le champ pris en compte représente environ 70 % du champ de la consommation de soins et de biens médicaux. La solidarité sur le champ complet pourrait être ainsi légèrement supérieure.

La consommation prise en charge par l'assurance maladie obligatoire comprend les remboursements de l'assurance maladie obligatoire y compris au titre de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Celle prise en charge par l'assurance maladie complémentaire est simulée, elle comprend la dépense remboursable couverte par les contrats de complémentaire. Le financement de l'assurance maladie obligatoire comprend les cotisations sociales et la Contribution sociale généralisée (CSG) allouées au financement de l'assurance maladie obligatoire.

Le financement de l'assurance maladie complémentaire est constitué des primes des ménages couverts par une complémentaire santé, y compris la participation de l'employeur pour les contrats collectifs. Ce montant est réduit de la taxe de solidarité additionnelle qui sert à financer la CMU-C et l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), compté comme un financement de l'assurance maladie obligatoire. Les aides perçues au titre de l'ACS sont déduites des cotisations payées par les ménages bénéficiaires. Les consommations remboursables non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire constituent les dépenses à la charge des ménages.

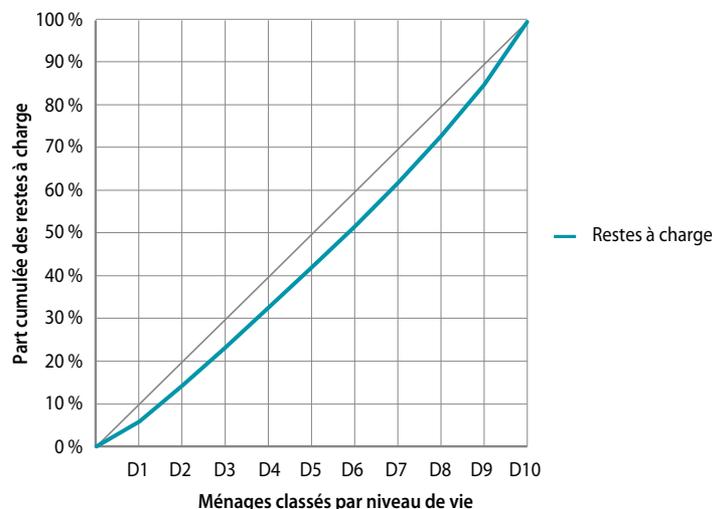
Des restes à charge plus élevés chez les plus aisés mais pesant davantage sur les revenus des ménages modestes

Pour les restes à charge des ménages, c'est-à-dire la part des dépenses de santé supportée directement par les ménages eux-mêmes, l'indice de solidarité est par définition nul puisque chacun paie

¹ La réforme de l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) de 2015 qui limite le nombre de contrats de complémentaire santé éligibles à l'ACS en définissant des garanties minimales et en améliorant le rapport qualité/prix de ces contrats n'est pas prise en compte ici. La réforme conduit à améliorer le contenu des contrats de complémentaire santé et à baisser le paiement direct des primes par les ménages (Fonds CMU, 2016). L'impact de cette réforme sur les principaux résultats de l'étude serait toutefois très faible.

G6

Concentration des restes à charge



Lecture : Les ménages appartenant aux 4 premiers déciles de niveau de vie (D1 à D4) concentrent 33 % de l'ensemble des restes à charge.

Champ : Population vivant en France métropolitaine dans un ménage ordinaire.

Source : Inès-Omar 2012.

[Télécharger les données](#)

POUR EN SAVOIR PLUS

- Dougnon P., Jusot F., Fantin R. (2012). « Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé ». *Économie Publique*, volume 28-29, pp. 123-147.
- Duval J., Lardellier R. (2012). « La redistribution verticale opérée par l'Assurance maladie ». Drees, *Études et résultats*, n° 815, octobre.
- Fonds CMU (2016). *Rapport annuel sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé*.
- Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (2013). *Les principes de solidarité de l'assurance maladie*.
- Jusot F. (2013). « Les inégalités de recours aux soins : bilan et évolution ». *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, volume 61, Supplément 3, pp S163-S169.
- Jusot F. (2014). « La complémentaire santé : une source d'inégalités face à la santé ? » *Les Tribunes de la santé – Sève*, volume 43 : 69-78.
- Jusot F., Legal R., Louvel A., Pollak C., Shmueli A. (2017). « A quoi tient la solidarité de l'assurance maladie entre les hauts et les bas revenus en France ? ». *Revue française d'économie*, à paraître.
- Lardellier R., Legal R., Raynaud D., Vidal G. (2011). « Un outil pour l'étude des dépenses de santé et des "restes à charge" des ménages : le modèle Omar ». *Économie et Statistique*, volume 450, pp 47-77.
- Leduc A., Montaut A. (2016). « Tarification des complémentaires santé : déclin des solidarités dans les contrats individuels ». Drees, *Études et résultats*, n° 972, septembre.
- Le Pen C. (2010). « Le système de 1945 est-il mort ? ». *Le Débat*, volume 161, pp. 116-128.
- Perronnin M. (2016). Restes à charge publics en ville et à l'hôpital : des taux d'effort inégalement répartis, *Questions d'économie de la santé*, Irdes, n° 218, mai.
- Rochaix L., Tubeuf S., (2009). « Mesures de l'équité en santé : Fondements éthiques et implications ». *Revue économique*, volume 60 (2), pp. 325-344.
- Shmueli A. (2015) : A Pragmatic Approach to Social Solidarity in Health: The Case of Israel, Mimeo. <https://afse2016.sciencesconf.org/98574/document>

pour sa consommation de soins. En dépit d'une proportion de personnes non couvertes ou mal couvertes par l'assurance complémentaire plus importante parmi les plus pauvres, et qui supportent donc davantage le risque financier lié aux tickets modérateurs et aux dépassements tarifaires (Perronnin, 2016), les restes à charge sont en fait plus élevés chez les plus aisés (graphique 6). Ils représentent 13 % de la dépense remboursable des ménages du dernier décile, contre 5 % pour les ménages du premier décile de niveau de vie. Les personnes aux revenus les plus importants consomment en effet davantage de soins peu remboursés. Ce constat serait amplifié si on pouvait prendre en compte le non-remboursable, dont l'automédication. Les dépenses en optique et en dentaire représentent respectivement 7 % et 10 % de la consom-

mation totale de soins pour les personnes du dernier décile, contre 2 % et 6 % pour les personnes du premier décile.

Malgré un niveau globalement satisfaisant de solidarité du système d'assurance maladie français au regard des principes d'équité, l'effort des ménages modestes au financement des soins de santé reste élevé (10 % de leurs revenus pour le premier décile). Cela est principalement dû aux primes dont ils s'acquittent pour bénéficier d'une assurance complémentaire et des dépenses restant à leur charge (respectivement 4 % et 2 % de leurs revenus). Et ce malgré les dispositifs qui favorisent l'accès à la complémentaire santé et visent à limiter leurs restes à charge (CMU-C et ACS, dont l'impact est cependant amoindri par le non-recours d'une partie des éligibles à ces dispositifs). ♦

IRDES

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ •
117bis, rue Manin 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02 • www.irdes.fr • Email : publications@irdes.fr

Directeur de la publication : Denis Raynaud • Rédactrice en chef technique : Anne Evans • Secrétaire de rédaction : Anna Marek •

Rellecteurs : Muriel Barlet, Franck von Lennepe • Infographiste : Franck-Séverin Clérembault • Assistant à la mise en page : Damien Le Torrec •

Imprimeur : Imprimerie Peau (Berd'huis, 61) • Dépôt légal : mars 2017 • Diffusion : Sandrine Béquignon, Suzanne Chriqui • ISSN : 1283-4769 (papier), 2498-0803 (PDF).