

LES DOSSIERS DE LA DREES

N° 137 • avril 2026

En 2023, les personnes sous le seuil de pauvreté restent bien plus souvent sans complémentaire santé que les autres

Aurore Desjonquères, Alexandre Fauchon

En 2023, les personnes sous le seuil de pauvreté restent bien plus souvent sans complémentaire santé que les autres

Aurore Desjonquères, Alexandre Fauchon

Remerciements : Odran Bonnet, Valentine Labbé, Élisabeth Fery-Lemonnier, Fanny Mikol, Benoît Ourliac, Aurélie Pierre

Retrouvez toutes nos publications sur : drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur : data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

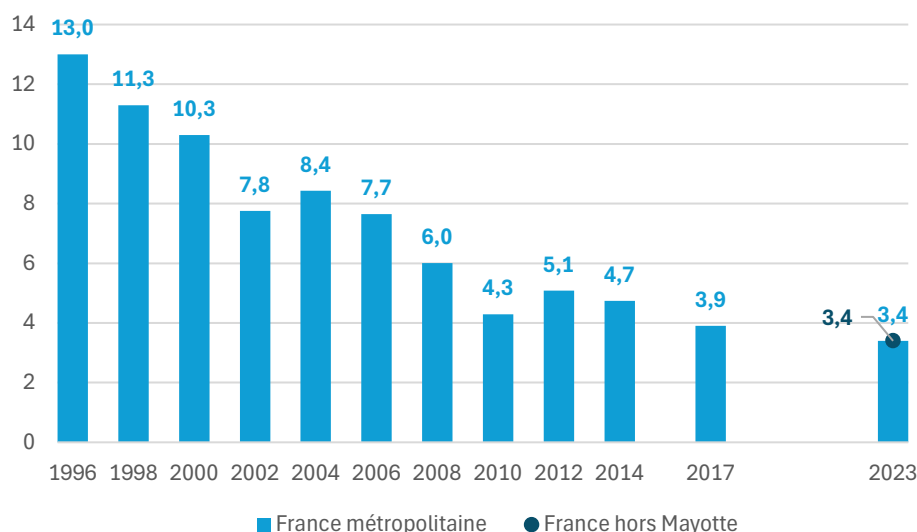
SYNTHÈSE

La France dispose d'un système d'assurance maladie mixte combinant assurance maladie obligatoire (AMO), publique et universelle, et assurance maladie complémentaire (AMC). L'AMO prend en charge l'essentiel des dépenses de santé, selon un panier et des niveaux de remboursement définis par l'État. L'AMC complète ces remboursements en couvrant les restes à charge ainsi que certaines prestations non financées par l'AMO. Elle est obligatoire pour les salariés du privé depuis 2016, et l'est progressivement devenue en 2025 et 2026 pour les agents de l'État avec la protection sociale complémentaire.

En 2023, l'absence de couverture par une complémentaire santé ne concerne que 3,4 % de la population en France hors Mayotte. Si cette part s'est considérablement réduite depuis 25 ans, elle est relativement stable voire en légère baisse depuis 2010 et demeure toujours plus élevée chez les plus modestes : 7 % des personnes vivant sous le seuil de pauvreté ne sont pas couvertes en 2023. L'absence de couverture s'explique d'abord par des raisons financières, malgré l'existence de la complémentaire santé solidaire (C2S) en faveur des plus modestes : une personne non-couverte sur trois déclare ainsi ne pas avoir les moyens de souscrire à une complémentaire santé. Par ailleurs, 15 % des personnes non-couvertes déclarent ne pas en avoir besoin, 12 % être en cours d'adhésion, et 10 % ne pas penser ou avoir le temps de souscrire à une complémentaire santé.

Graphique 1 Part de la population sans couverture complémentaire, de 1996 à 2023

En %



Lecture > En 2023, 3,4 % de la population française hors Mayotte n'est pas couverte par une complémentaire santé.

Champ > France hors Mayotte, personnes vivant en logement ordinaire.

Source > Pierre (2022) ; Irdes, ESPS ; Insee, SRCV ; Drees, EHIS.

Les chômeurs et les étrangers présentent des taux de non-couverture élevés, proches de 10 %. C'est aussi le cas, dans une moindre mesure, des ménages monoparentaux (5 %). Parmi les personnes vivant seules, les hommes sont plus souvent non-couverts que les femmes (6 % contre 2 %) alors qu'ils sont pourtant plus aisés. En revanche, les personnes reconnues en affection de longue durée (ALD) ne renoncent pas davantage à la complémentaire, malgré un meilleur remboursement par l'assurance maladie obligatoire des dépenses liées à leur maladie.

Lorsqu'elles sont couvertes, les personnes bénéficient de contrats très différents selon leur situation professionnelle. En 2023, 44 % de la population est couverte par un contrat d'entreprise ou de la fonction publique (74 % parmi les salariés), 42 % par un contrat individuel (91 % parmi les retraités), 11 % par la C2S (40 % parmi les chômeurs).

Parmi les souscripteurs, la satisfaction vis-à-vis des remboursements des complémentaires santé varie fortement d'un type de contrat à l'autre. Ainsi, les souscripteurs de la C2S sont-ils les plus satisfaits, tandis que les souscripteurs d'une complémentaire individuelle le sont moins. La satisfaction vis-à-vis des remboursements varie aussi selon la région de résidence, généralement plus faible en Île-de-France, vraisemblablement en lien avec des pratiques de dépassements plus fréquentes dans cette région.

SOMMAIRE

■ INTRODUCTION	2
■ DONNÉES ET MÉTHODES	3
Source et champ	3
Définitions	3
Définition élargie de la pauvreté	3
Ménage complexe	3
Analyses à « structure de population constante »	4
■ LA NON-COUVERTURE CONCERNE 7 % DES PERSONNES LES PLUS MODESTES	5
3,4 % de la population sans complémentaire en 2023, un taux en légère baisse depuis 2010.	5
Mais une absence de couverture toujours plus élevée chez les plus modestes	6
L'absence de couverture s'explique d'abord par des raisons financières	7
Les chômeurs, les étrangers et les hommes célibataires sont moins couverts	8
Pourtant mieux remboursées par l'assurance maladie pour leurs affections, les personnes en ALD ne renoncent pas davantage à une complémentaire santé	9
Des taux de non-couverture proches sur l'ensemble du territoire	10
■ PLUS DE LA MOITIÉ DES PERSONNES LES PLUS MODESTES SONT COUVERTES PAR LA C2S	11
Les complémentaires santé : un marché très segmenté selon la situation sur le marché du travail	11
Les personnes ayant souscrit à une complémentaire santé d'entreprise ou à la C2S sont les plus satisfaites de leurs remboursements	13
■ POUR EN SAVOIR PLUS	15
Bibliographie	15

■ INTRODUCTION

En France, le système d'assurance maladie est mixte, avec des dépenses de santé cofinancées par une assurance maladie obligatoire (AMO) et une assurance maladie complémentaire (AMC). Partie intégrante de la Sécurité sociale, l'AMO, publique et universelle, couvre la majeure partie des dépenses de santé. L'éventail des biens et services pris en charge est défini par les pouvoirs publics, de même que le niveau des prestations remboursées¹, dans la limite d'un montant également défini par les pouvoirs publics. L'AMC peut ensuite compléter l'AMO en couvrant les copaiements (tickets modérateurs, dépassements éventuels) laissés à la charge des assurés. Elle peut également financer des prestations non prises en charge par l'AMO. Pour une partie de la population, la complémentaire santé est obligatoire. C'est notamment le cas des salariés du secteur privé, depuis la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise en 2016, ainsi que des agents de la fonction publique d'État à partir de 2025, avec la mise en œuvre du régime de protection sociale complémentaire (PSC). Les primes des contrats dépendent des niveaux de garanties et des caractéristiques des assurés et de leurs ayants droit². Pour améliorer la couverture des plus modestes, une complémentaire publique, la complémentaire santé solidaire (C2S), est attribuée à titre gratuit ou en contrepartie d'une contribution financière modeste, suivant les ressources du ménage. Ce dispositif est majoritairement géré par les caisses d'assurance maladie alors que les autres complémentaires sont gérées par des organismes privés (Lapinte, *et al.*, 2024).

Si les administrations publiques, regroupant l'AMO et la C2S, financent à elles seules 79 % des dépenses de santé en 2024 (Delecourt et Didier, 2025), et contribuent fortement aux solidarités horizontale (entre malades et bien-portants) et verticale (entre niveaux de vie) [Lapinte, *et al.*, 2024 ; Fouquet et Pollak, 2022], elles ne suppriment pas toutes les barrières financières de l'accès aux soins. En 2021, les 1 % de patients aux dépenses de santé les plus élevées devaient assumer en moyenne un reste à charge de 2 050 euros après remboursement par l'AMO (Drees, 2024). Sans couverture complémentaire, les restes à charge augmentent significativement le risque de renoncement aux soins (Lapinte et Legendre, 2021). Dans ce contexte, cette étude s'intéresse à la part de la population non couverte par l'AMC en 2023, aux déterminants de cette non-couverture, ainsi qu'aux caractéristiques des contrats dont bénéficient les personnes couvertes, à partir de l'enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie (SRCV) de l'Insee. Elle s'inscrit dans la continuité des travaux analysant les inégalités de couverture par une complémentaire santé (Pierre, 2022 ; Fouquet, 2020 ; Pierre et Jusot, 2017 ; Kambia-Chopin *et al.*, 2008), en élargissant le champ de l'étude à la France hors Mayotte.

¹ Les prestations de l'AMO sont financées par des prélèvements obligatoires : cotisations maladie (en particulier sur les revenus d'activité), contribution sociale généralisée (CSG), taxe sur la valeur ajoutée (TVA), etc.

² Les contrats ne peuvent appliquer de tarifs directement liés à l'état de santé, mais peuvent prendre en compte d'autres caractéristiques propres à l'assuré selon des règles différentes pour les contrats individuels et collectifs (Lapinte, *et al.*, 2024). Pour les contrats individuels, le tarif peut être modulé selon l'âge de l'assuré, son revenu, et sa configuration familiale. Pour les contrats collectifs, l'ajustement individuel des primes à l'âge est interdit. La prime est partiellement prise en charge par l'employeur pour les salariés.

■ DONNÉES ET MÉTHODES

Source et champ

L'enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie (SRCV) 2023 de l'Insee repose sur un échantillon de 37 778 individus représentatifs de l'ensemble des ménages ordinaires de France hors Mayotte, qui représentent 66,3 millions de personnes (54,8 millions de 16 ans ou plus). 17 041 ménages sont ainsi interrogés, représentant 30,8 millions de ménages. En 2023, un module spécifique relatif à la complémentaire santé a été posé aux personnes de 16 ans ou plus. Le questionnaire permet en outre de collecter certaines informations sur la couverture des membres du ménage de moins de 16 ans.

Les données (questions portant spécifiquement sur la complémentaire santé et pondérations) ont été redressées par la Drees.

- La non-réponse au module sur la complémentaire santé est traitée et le statut de couverture des moins de 16 ans est déterminé, notamment en exploitant les informations fournies par les autres membres des ménages interrogés.
- De plus, un recalage est effectué de manière à assurer une part de bénéficiaires de la C2S globalement cohérente avec les données de la Direction de la sécurité sociale (DSS). La part de bénéficiaires de la C2S s'établit ainsi à 11 %, contre 8 % dans les données de SRCV avant recalage par la Drees. Le faible taux de C2S dans les données non recalées pourrait s'expliquer par une sous-représentation des ménages à bas revenus dans SRCV. Ce phénomène se vérifie aussi pour un autre dispositif destiné aux ménages modestes dans le cadre d'une autre enquête de la statistique publique en population générale, à savoir l'enquête sur les revenus fiscaux et sociaux : le nombre de foyers bénéficiaires du RSA y est inférieur au nombre observé dans les données exhaustives de la Caisse nationale des allocations familiales, la source administrative de référence (Hannafi, *et al.*, 2022).
- Enfin, le type de contrat est corrigé en cohérence avec le statut socioprofessionnel du souscripteur. Les contrats souscrits par des retraités, qui sont spontanément déclarés comme des contrats d'entreprise, sont reclassés en contrats individuels : la loi Évin de 1989 permet en effet aux retraités de conserver les mêmes garanties que lorsqu'ils étaient salariés, mais ce maintien des garanties a lieu dans le cadre d'un contrat individuel. Le même redressement s'applique aux contrats souscrits par des indépendants n'employant aucun salarié : en effet, à défaut d'avoir le statut de dirigeant salarié, ils ne peuvent pas bénéficier d'une couverture d'entreprise.

Certaines questions ne sont posées qu'aux personnes de 16 ans ou plus : les indicateurs associés sont alors calculés pour cette seule tranche d'âge. Quand les données le permettent, on privilégie le commentaire des indicateurs portant sur l'ensemble des tranches d'âge.

Définitions

Définition élargie de la pauvreté

Critère qui englobe toute personne présentant au moins une des dimensions suivantes :

- Pauvreté monétaire : Personne qui vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté, fixé à 60 % du niveau de vie médian.
- Situation de difficultés financières : Personne appartenant à un ménage qui déclare avoir des difficultés à subvenir à ses dépenses courantes (pauvreté subjective au niveau européen).
- Situation de privation matérielle et sociale : Personne qui déclare subir au moins cinq privations parmi une liste de treize, mesurant ainsi l'impossibilité d'acquérir ou de consommer certains biens, d'atteindre un certain niveau de confort considéré comme souhaitable voire nécessaire, ou d'honorer certaines dépenses contraintes, en raison de la faiblesse des revenus (Martin, 2025). L'indicateur de privation matérielle et sociale de l'Union européenne est construit à partir de treize privations recensées dans Gleizes et Solard (2025).

Ménage complexe

Un ménage complexe est un ménage qui n'est pas composé exclusivement soit d'une seule personne, soit d'une seule famille. Un ménage complexe est constitué soit d'une famille partageant le logement avec une ou plusieurs autres familles et / ou une ou plusieurs autres personnes, soit de personnes sans lien de couple ou de parent / enfant entre elles.

Analyses à « structure de population constante »

Des modèles logistiques (régressions avec une variable expliquée binaire) sont mobilisés pour analyser les effets respectifs de différentes caractéristiques socioéconomiques sur la non-couverture, la couverture par la C2S ou bien sur la satisfaction vis-à-vis des remboursements assurés par la complémentaire santé. Les caractéristiques socioéconomiques explicatives incluent en général l'âge, le statut socio-professionnel, la pauvreté monétaire ou bien le niveau de vie et des mesures alternatives de la pauvreté (difficultés financières, privations matérielles et sociales), la région de résidence, la nationalité, le fait d'avoir une affection de longue durée, le sexe et la configuration familiale (éventuellement croisés ensemble), ainsi que, dans le cas des modèles cherchant à rendre compte de la satisfaction vis-à-vis de la complémentaire santé, le type de complémentaire santé. Ces analyses à structure de population constante permettent d'isoler l'effet propre d'une caractéristique sur le phénomène à expliquer (par exemple la non-couverture).

Les résultats complets des modèles logistiques sont présentés dans les tableaux complémentaires B (pour l'analyse de la non-couverture ou de la couverture par la C2S) et D (pour l'analyse de la satisfaction des remboursements des complémentaires santé en termes de prothèses dentaires, lunettes et dépassements d'honoraires des spécialistes). Pour un même phénomène à expliquer, plusieurs jeux de caractéristiques socioéconomiques explicatives sont proposés.

Une caractéristique sociodémographique (par exemple avoir un certain âge) est considérée comme ayant un effet positif sur la variable expliquée (par exemple la non-couverture) à condition que : 1) le coefficient estimé soit positif, ou que le rapport de chances soit supérieur à 1 ; et 2) que la p-value soit inférieure à 5 % (significativité * / ** / ***). Inversement, un effet négatif est avéré si : 1) le coefficient estimé est négatif, ou le rapport de chance est inférieur à 1 et ; 2) si la p-value est inférieure à 5 % (significativité * / ** / ***). En cas de significativité, les rapports de chances peuvent s'interpréter de façon quantitative. Dans la régression (1) du tableau complémentaire B, par exemple, le rapport de chance associé à la pauvreté monétaire est égal à 2,07 : avoir un niveau de vie en dessous plutôt qu'au-dessus du seuil de pauvreté monétaire augmente la probabilité d'être non-couvert plutôt que couvert de 107 %.

■ LA NON-COUVERTURE CONCERNE 7 % DES PERSONNES LES PLUS MODESTES

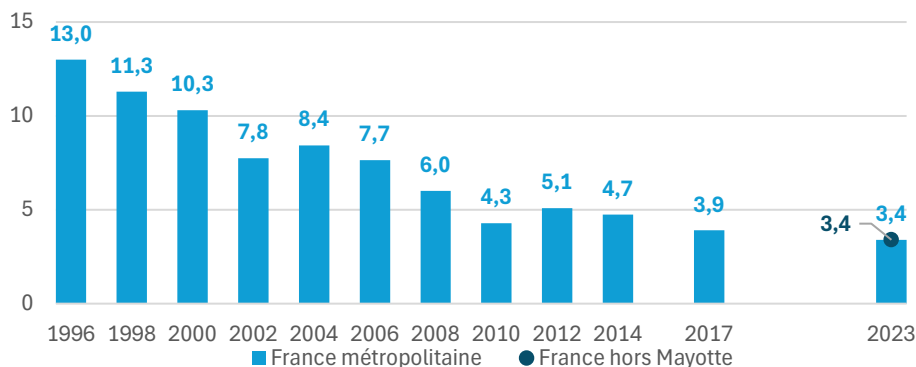
3,4 % de la population sans complémentaire en 2023, un taux en légère baisse depuis 2010

En 2023, 96,6 % des personnes vivant en ménage ordinaire sont couvertes par une complémentaire santé en France hors Mayotte (*graphique 1*).

La part de la population sans couverture a diminué de façon régulière pendant vingt ans, avant de se stabiliser à un niveau très faible : en 1996, 13,0 % des personnes vivant en ménages ordinaires en France métropolitaine³ n'étaient pas couvertes par une complémentaire santé, contre 4,3 % en 2010, 3,9 % en 2017 (Pierre, 2022) et 3,4 % en 2023. Ceci témoigne du déploiement de l'AMC au cours des dernières décennies (Le Garrec, *et al.*, 2013). Entre 1950 et 1980, alors que la part du financement des dépenses de santé prises en charge par l'assurance maladie obligatoire est en forte croissance (51 % en 1950, contre 80 % en 1980), l'AMC se développe lentement et bénéficie alors principalement aux salariés des grandes entreprises ou aux personnes ayant les plus hauts revenus. En 1960, plus des deux-tiers de la population n'était pas couverte, un peu moins d'un tiers vingt ans plus tard. À partir des années 1980, avec l'érosion de la prise en charge des dépenses de santé par la Sécurité sociale (augmentation des tickets modérateurs, introduction des franchises et des participations forfaitaires et généralisation du secteur 2), l'AMC, soutenue par des décisions politiques⁴, occupe un rôle plus important dans le financement du système de soins et se diffuse plus largement à la population française. Elle finance depuis principalement les soins de ville, notamment en optique et en dentaire, alors que l'AMO prend en charge la grande majorité des soins hospitaliers⁵. Elle permet de réduire les restes à charge finaux des ménages sans accroître les dépenses publiques, en contrepartie de primes d'assurance (ou cotisations) réglées par les assurés. À partir des années 2000, la mise en place de dispositifs publics de complémentaires santé à destination des plus modestes – la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) en 2000, l'aide à la complémentaire santé (ACS) en 2005 et enfin la C2S qui fusionne ces deux dispositifs en 2019 – augmente la couverture de la population. La généralisation en 2016 de la complémentaire santé d'entreprise contribue également à l'extension de la couverture (Fouquet, 2020 ; Pierre et Jusot, 2017) et à la réduction des inégalités au sein des salariés du secteur privé, à la faveur notamment des classes moyennes modestes (Pierre, 2022). L'extension de ce dispositif aux salariés de la fonction publique à partir du 1^{er} janvier 2025 devrait permettre une nouvelle baisse de la non-couverture.

Graphique 1 Part de la population sans couverture complémentaire, de 1996 à 2023

En %



Lecture > En 2023, 3,4 % de la population française hors Mayotte n'est pas couverte par une complémentaire santé.

Champ > France hors Mayotte, personnes vivant en logement ordinaire.

Source > Pierre (2022) ; Irdes, ESPS ; Insee, SRCV ; Drees, EHIS.

³ Le champ est ici restreint à la France métropolitaine pour que les données puissent être comparables dans le temps.

⁴ Par exemple, la loi Madelin (1994) permet à certains indépendants de déduire de leur revenu imposable les primes d'assurance acquittées pour souscrire un contrat de complémentaire santé (Fouquet et Pollak, 2022).

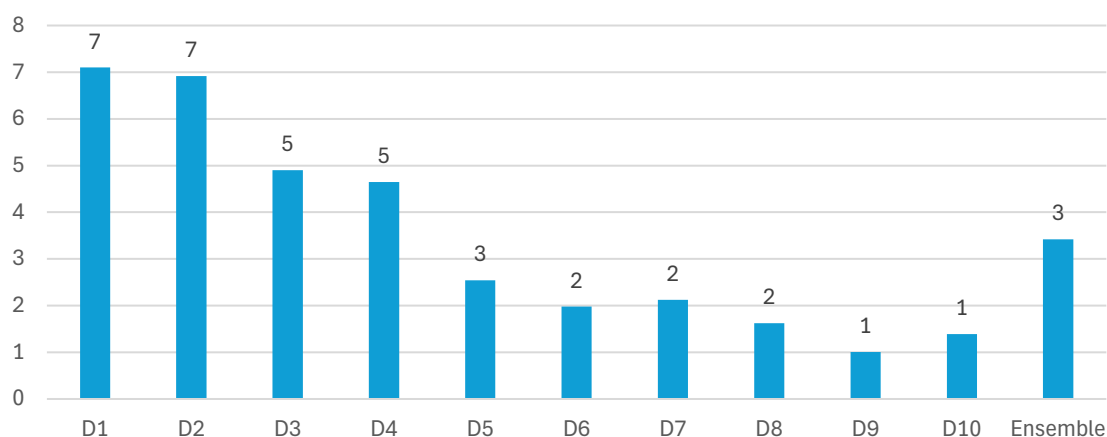
⁵ En 2024, les organismes de complémentaire santé privés prennent en charge 68 % de la dépense en optique, 51 % en audioprothèses, 49 % en soins et prothèses dentaires, 15 % en soins ambulatoires et 11 % en médicaments, mais seulement 4 % en soins hospitaliers (Delecourt et Didier, 2025).

Mais une absence de couverture toujours plus élevée chez les plus modestes

En 2023, 7 % des 20 % les plus modestes ne sont pas couverts par une complémentaire santé, contre seulement 1 % des 20 % les plus aisés de France hors Mayotte (*graphique 2, tableau complémentaire A*⁶). La non-couverture est par ailleurs globalement décroissante en fonction du niveau de vie, y compris à « structure de population constante » (*tableau complémentaire B*)⁷. Avec la situation professionnelle, le niveau de vie est en effet le principal déterminant de la non-couverture (Pierre 2022 ; Pierre et Jusot, 2017).

Graphique 2 Part de la population sans couverture complémentaire, selon le niveau de vie, en 2023

En %



Lecture > En 2023, 7 % des 10 % des personnes les plus modestes (D1) ne sont pas couvertes par une complémentaire santé en France hors Mayotte.

Champ > France hors Mayotte, personnes vivant en logement ordinaire.

Source > SRCV 2023, retraitements Drees.

Parmi les plus modestes, les personnes qui vivent en dessous du seuil de pauvreté monétaire, fixé à 60 % du niveau de vie médian représentent 15 % de la population (Martin, 2025). Elles sont 7 % à ne pas être couvertes contre 3 % de l'ensemble des personnes de France hors Mayotte (*tableau complémentaire A*). À structure de population constante, vivre en dessous du seuil de pauvreté, plutôt qu'au-dessus, multiplie par 2 la probabilité de ne pas être couvert par une complémentaire santé (*tableau complémentaire B*)⁸. Ce taux de non-couverture relativement élevé, malgré l'existence de la C2S⁹, peut s'expliquer par le non-recours à cette dernière. Ce non-recours découle principalement d'une méconnaissance du dispositif, de critères d'éligibilité jugés complexes, ainsi que d'un manque de moyens ou de stabilité des revenus pour assumer la participation financière éventuelle (Caro, *et al.*, 2023).

L'absence de complémentaire est aussi relativement fréquente chez les personnes vivant au-dessus du seuil de pauvreté monétaire mais en situation de pauvreté selon d'autres dimensions que celle purement monétaire. Ainsi, 7 % des 16 ans ou plus¹⁰ dont le niveau de vie se situe au-dessus du seuil de pauvreté mais en « situation de privation matérielle et sociale »¹¹ ne sont pas couverts¹². L'absence de complémentaire est aussi plus fréquente chez les personnes pour lesquelles le revenu du ménage a diminué au cours des douze derniers mois (6 %) que chez celles dont le revenu est resté le même (4 %) ou a augmenté (2 %).

⁶ Les tableaux complémentaires sont disponibles dans les données associées à l'étude sur le site internet de la Drees.

⁷ Voir précédemment la section Données et méthodes pour des précisions sur les analyses à structure de population constante. La régression évoquée est ici la régression (2) du tableau complémentaire B.

⁸ Analyse à structure de population constante. La régression évoquée est la régression (1) du tableau complémentaire B.

⁹ Le plafond d'éligibilité à la C2S se situe sous le seuil de pauvreté pour une personne seule.

¹⁰ La question n'est posée qu'aux 16 ans ou plus.

¹¹ Les personnes en situation de privation matérielle et sociale représentent 14 % de la population, dont 8 % au-dessus du seuil de pauvreté monétaire (Martin, 2025).

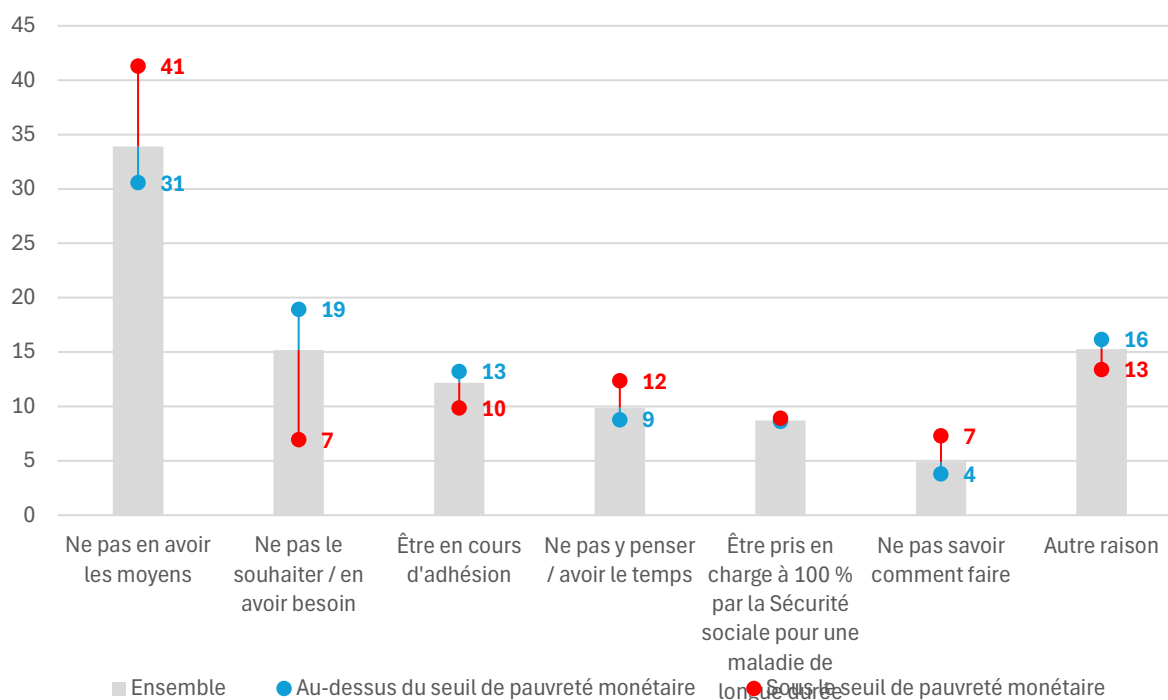
¹² Ce résultat est vrai à structure de population constante. Être confronté à des privations matérielles et sociales multiplie par 1,6 la probabilité de ne pas être couvert par une complémentaire santé, y compris en contrôlant de la pauvreté monétaire et du niveau de vie, suivant les résultats de la régression (2) du tableau complémentaire B.

L'absence de couverture s'explique d'abord par des raisons financières

La raison la plus courante de ne pas se couvrir par une complémentaire santé, avancée par un tiers des personnes non-couvertes de 16 ans ou plus, est d'ordre financier. La couverture implique en effet une prime d'assurance à verser à l'organisme complémentaire chaque mois (hors C2S gratuite). Ce coût peut s'avérer particulièrement difficile à assumer pour les plus modestes : 41 % des personnes non-couvertes vivant en dessous du seuil de pauvreté monétaire expliquent qu'elles ne se couvrent pas pour raison financière (*graphique 3*). En général non éligibles à la C2S, les personnes non-couvertes vivant au-dessus du seuil de pauvreté monétaire mais en situation de privations matérielles et sociales sont même 58 % à évoquer le motif financier (*tableau complémentaire A*). La prime qui s'ajoute à d'autres coûts en santé peut en effet représenter un effort financier trop important¹³ (Bonnet et Fauchon, 2025) alors même que d'autres dépenses ou démarches peuvent apparaître prioritaires pour des publics confrontés à des difficultés sur le marché du travail, familiales ou en termes de logement (Chauvin et Parizot, 2010).

Graphique 3 Motif principal de non-couverture par une complémentaire santé selon la situation vis-à-vis de la pauvreté monétaire, en 2023

En %



Lecture > En 2023, 41 % des personnes de 16 ans ou plus avec un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté monétaire et non couvertes par une complémentaire santé déclarent ne pas en avoir les moyens financiers.

Champ > France hors Mayotte, personnes de 16 ans ou plus vivant en logement ordinaire et non-couvertes par une complémentaire santé.

Source > SRCV 2023, retraitements Drees.

Par ailleurs, 12 % des personnes non-couvertes qui vivent en dessous du seuil de pauvreté déclarent ne pas avoir le temps ou ne pas penser à se couvrir par une complémentaire, contre 9 % des autres personnes non-couvertes plus aisées. Elles sont aussi 7 % à répondre ne pas savoir comment faire pour être couvertes, contre seulement 4 % du reste de la population non-couverte plus favorisée. Ces résultats suggèrent que, parmi les plus démunis, la non-couverture tient plus souvent que pour le reste de la population à des difficultés à effectuer des démarches administratives et à accéder à l'information.

¹³ Le poids de la santé dans les revenus varie sensiblement selon les ménages : 7 % pour les 10 % de ménages pour lesquels elle pèse le moins dans le revenu, 23 % pour les 10 % de ménages pour lesquels elle pèse le plus, et même 34 % pour 1 % des ménages. Un poids extrême de la santé dans le revenu est supporté par des ménages souvent modestes, parfois retraités, et souffrant plus fréquemment d'une affection de longue durée.

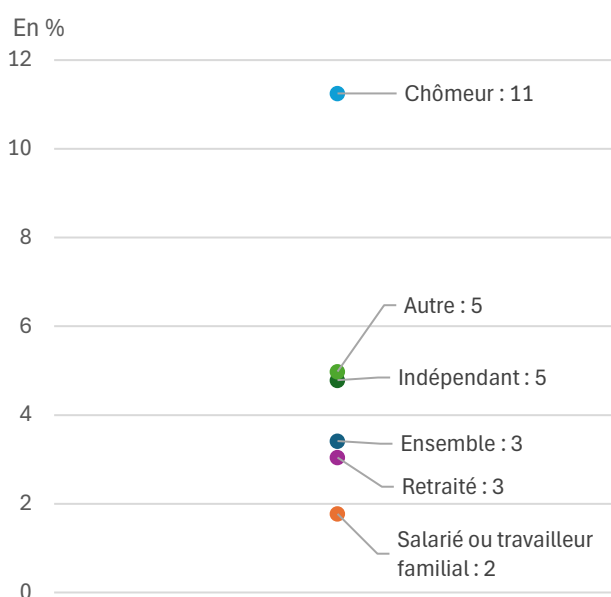
Cependant, les ménages sous le seuil de pauvreté sans couverture sont 10 % à déclarer être en cours d'adhésion. Cette situation peut s'expliquer, en partie, par des évolutions de revenus, à la baisse ou à la hausse, qui influencent leur éligibilité à la C2S. Les ménages pauvres sont enfin moins nombreux à déclarer ne pas souhaiter avoir de complémentaire (7 %) que le reste de la population (19 %). Cela pourrait s'expliquer par un état de santé plus mauvais chez les ménages en situation de pauvreté¹⁴, ou bien par une moindre capacité à assumer eux-mêmes des dépenses de santé imprévues ou importantes.

Les chômeurs, les étrangers et les hommes célibataires sont moins couverts

Le profil des personnes sans complémentaire santé recouvre en partie celui des personnes plus fragiles économiquement. Les chômeurs et les étrangers, plus défavorisés selon diverses dimensions (Insee, 2025 ; Gleizes et Solard, 2025 ; Bérut, 2025), sont respectivement 11 % et 10 % à ne pas être couverts contre 3 % de l'ensemble des 16 ans ou plus en France hors Mayotte (*graphique 4 et tableau complémentaire A*)¹⁵.

Graphique 4 Part de la population sans couverture selon le statut socioprofessionnel, en 2023

En %



Lecture > En 2023, 11 % des personnes de 16 ans ou plus au chômage ne sont pas couvertes par une complémentaire santé.

Champ > France hors Mayotte, personnes de 16 ans ou plus vivant en logement ordinaire.

Source > SRCV 2023, retraitements Drees.

Parmi les chômeurs, la non-couverture par manque de moyens est également prépondérante (39 %). Cependant, pour 14 % des chômeurs non-couverts, le motif principal avancé est un manque de temps ou le fait de ne pas penser à adhérer. Bien qu'en moyenne plus aisés, les indépendants sont aussi plus nombreux à ne pas être couverts (5 %). À la différence des salariés, chômeurs et indépendants ne bénéficient pas, pour la plupart, d'une adhésion collective quasi-automatique à une complémentaire d'entreprise¹⁶.

Les étrangers sans couverture sont, quant à eux, 34 % à invoquer le motif financier et 18 % à être en cours d'adhésion.

¹⁴ En 2021, 45 % des personnes en situation de pauvreté ou d'exclusion sociale déclarent souffrir d'un problème de santé chronique ou durable, contre 36 % parmi les personnes non concernées par ces situations (Bendekkiche, *et al.*, 2023).

¹⁵ Ces résultats restent vrais à structure de population constante. Être chômeur ou étranger augmente la probabilité de ne pas être couvert par une complémentaire santé, y compris en contrôlant de la pauvreté monétaire et du niveau de vie, suivant les résultats de la régression (2) du tableau complémentaire B.

¹⁶ Les chômeurs ont droit à la portabilité de leur contrat de complémentaire qui ne peut excéder une durée de 12 mois. Les indépendants qui ont le statut de dirigeant salarié peuvent souscrire à une complémentaire d'entreprise, au même titre que les autres salariés.

Dans une moindre mesure, l'absence de complémentaire concerne davantage les 25-34 ans (5 %) et les ménages monoparentaux (5 %) et « complexes » (6 %), plus fragiles économiquement, que l'ensemble de la population (3 %)¹⁷.

Chez les 25-34 ans sans couverture, le motif financier est moins souvent invoqué : 22 % contre 34 % en moyenne. Ils sont en revanche plus nombreux à déclarer ne pas avoir le temps ou ne pas penser à se couvrir par une complémentaire (15 % contre 10 %), ou être en cours d'adhésion (26 % contre 12 %). Quoiqu'avec des besoins de soins moins importants (Drees, 2025), ils ne déclarent pas beaucoup plus ne pas souhaiter de complémentaire santé ou ne pas en avoir besoin : 17 % contre 15 %.

Au sein des ménages monoparentaux ou complexes, comme parmi les personnes vivant seules, les hommes sont plus fréquemment sans complémentaire santé que les femmes, alors même qu'ils sont en moyenne plus aisés¹⁸. Le taux de non-couverture des hommes s'élève ainsi à 7 % dans les ménages complexes, 6 % dans les ménages monoparentaux et à 6 % lorsqu'ils vivent seuls, soit 1 à 4 points de plus que les femmes dans ces mêmes situations. Les hommes sont plus nombreux à déclarer ne pas se couvrir parce qu'ils n'en ont pas besoin (18 %, contre 12 % des femmes non couvertes), ce qui peut s'expliquer par une moindre attention au corps¹⁹, à la suite d'un processus de socialisation différenciée (Court, 2010). De plus, les hommes sont moins proches du système de soins, les femmes ayant traditionnellement la charge de la gestion de la santé familiale et les tâches administratives (Cresson, 1995). En revanche, lorsqu'ils sont en couple, avec ou sans enfants, les hommes sont autant couverts que les femmes, profitant potentiellement du rôle proactif de leur conjointe en matière de santé. En cas de séparation, il est possible que les mères conservent la charge de couvrir leurs enfants quand les pères se sentiraient moins concernés par la question.

Réciproquement, avec un taux de non-couverture de seulement 2 %, les populations les plus fréquemment couvertes sont les salariés et les 50-64 ans. Leurs niveaux de vie sont en moyenne plus élevés que pour le reste de la population (*tableau complémentaire A*).

Pourtant mieux remboursées par l'assurance maladie pour leurs affections, les personnes en ALD ne renoncent pas davantage à une complémentaire santé

Bien que les personnes en affection de longue durée (ALD) soient mieux remboursées par l'AMO pour leurs dépenses liées à ces affections, elles ne renoncent pas davantage à une complémentaire santé : comme le reste de la population de 16 ans ou plus, leur taux de non-couverture est de 3 %²⁰. Leurs restes à charge après remboursement de l'AMO restent en effet élevés, à un niveau bien supérieur au reste de la population (Lapinte, *et al.*, 2024). D'une part, toutes les dépenses liées aux ALD ne sont pas prises en charge (franchises médicales, participations forfaitaires, forfaits journaliers hospitaliers et dépassements) ; d'autre part, quatre cinquièmes de leurs restes à charge sont liés à des dépenses qui ne sont pas liées à leur affection. Or, les personnes en ALD étant en moyenne plus âgées et en moins bonne santé générale, au-delà de leur affection, leurs besoins de soins sont plus élevés (Adjerad et Courtejoie, 2021).

Pour autant les personnes en ALD, lorsqu'elles ne se couvrent pas, sont 41 % à évoquer le fait que leur maladie est déjà prise en charge à 100 % par la sécurité sociale²¹. Elles justifient également cette non-couverture dans un tiers des cas par un manque de moyens, une proportion similaire aux personnes sans ALD (*tableau complémentaire A*).

¹⁷ À structure de population constante, la probabilité de ne pas être couvert par une complémentaire santé est significativement plus élevée pour les 25-34 ans que pour les 35-49 ans, et davantage pour les familles monoparentales que pour les couples avec enfants, selon les résultats de la régression (2) du tableau complémentaire B.

¹⁸ L'écart de non-couverture entre hommes et femmes se creuse entre hommes et femmes précaires (Pierre, 2022).

¹⁹ D'ailleurs, lorsqu'ils sont couverts, les hommes sont davantage satisfaits des remboursements de leur complémentaire que les femmes, ce qui pourrait s'expliquer par une moindre exigence de leur part.

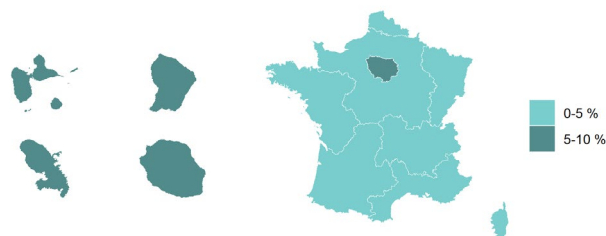
²⁰ À structure de population constante, avoir une affection de longue durée n'augmente pas significativement la probabilité de ne pas être couvert par une complémentaire santé, selon les résultats de la régression (2) du *tableau complémentaire B*.

²¹ Il est possible que cette raison soit choisie de manière spontanée : les personnes en ALD se reconnaîtraient immédiatement dans l'item « prise en charge à 100 % », qui leur est spécifiquement destiné, et le cocheraient parfois sans considérer les autres items possibles. Cela pourrait notamment expliquer leur moindre recours aux modalités « pour une autre raison » (-12 points) « ne pas en avoir besoin » (-14 points), plus souvent utilisées comme réponses par défaut par le reste de la population.

Des taux de non-couverture proches sur l'ensemble du territoire

Dans la plupart des régions, la non-couverture est proche de la moyenne nationale : 3 %. Elle est légèrement plus élevée en Outre-mer (5 %) et en Île-de-France (6 %) [carte 1].

Carte 1 Part de la population sans couverture selon la zone de résidence



Note > Les quatre départements d'outre-mer (Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion) sont comptabilisés ensemble, l'enquête n'étant pas représentative par département.

Lecture > En 2023, le taux de non-couverture des personnes résidant en Île-de-France est compris entre 5 % et 10 %.

Champ > France hors Mayotte, personnes vivant en logement ordinaire.

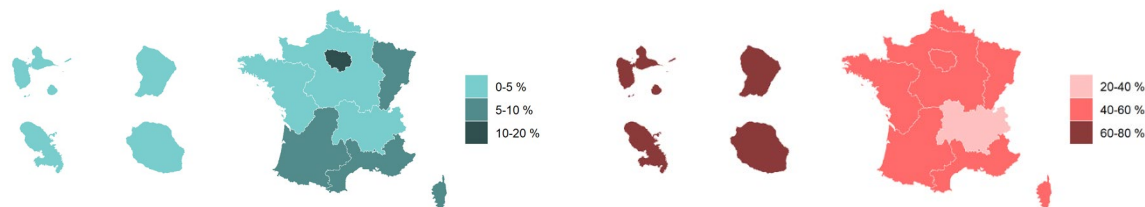
Source > SRCV 2023, retraitements Drees.

La moindre couverture des populations d'Outre-mer et franciliennes répondrait à des logiques différentes. En Outre-mer, la population est plus défavorisée en moyenne que dans les autres régions françaises. Toutefois, à niveau de vie comparable, résider en Outre-mer plutôt qu'en France métropolitaine n'est pas associé à une probabilité significativement différente de non-couverture (*tableau complémentaire B²²*). Autrement dit, l'écart observé entre territoires s'explique principalement par des différences de composition sociale ; la non-couverture est d'ailleurs plus rare en Outre-mer (4 %) qu'en France métropolitaine (7 %) pour les personnes en situation de pauvreté monétaire [carte 2]. Les plus défavorisés sont notamment bien davantage couverts par la C2S en Outre-mer qu'en France métropolitaine : 73 % contre 48 % (carte 3 et *tableau complémentaire A*). En Île-de-France, en revanche, le niveau de vie est plus élevé que la moyenne nationale, mais les plus défavorisés sont bien plus fréquemment sans couverture (16 %), suggérant des freins spécifiques à la région (coût de la vie plus important conduisant à un arbitrage défavorable à la complémentaire, davantage d'étrangers et de jeunes adultes qui sont des profils justement plus exposés à la non-couverture, etc.).

Cartes 2 et 3 Part de la population vivant sous le seuil de pauvreté monétaire sans couverture ou bénéficiant de la C2S selon la zone de résidence, en 2023

Sans couverture

Bénéficiaire de la C2S



C2S : complémentaire santé solidaire

Note > Les quatre départements d'outre-mer (Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion) sont comptabilisés ensemble, l'enquête n'étant pas représentative par département.

Lecture > En 2023, le taux de non-couverture des personnes vivant sous le seuil de pauvreté monétaire et résidant en Île-de-France est compris entre 10 % et 20 %.

Champ > France hors Mayotte, personnes vivant en logement ordinaire et sous le seuil de pauvreté monétaire.

Source > SRCV 2023, retraitements Drees.

²² À structure de population constante, et donc après contrôle du niveau de vie, résider en Outre-mer plutôt qu'en France métropolitaine n'a pas d'effet significatif sur la probabilité de ne pas être couvert, selon les résultats de la régression (4) du *tableau complémentaire B*.

■ PLUS DE LA MOITIÉ DES PERSONNES LES PLUS MO- DESTES SONT COUVERTES PAR LA C2S

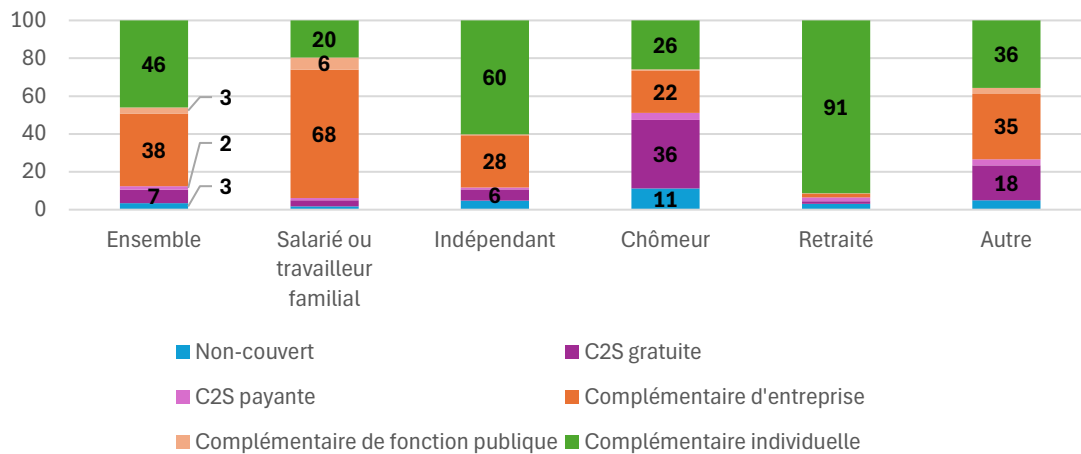
Les complémentaires santé : un marché très segmenté selon la situation sur le marché du travail

Au-delà des disparités de couverture, les personnes bénéficiant d'une complémentaire présentent des types de contrats différents selon leur situation sur le marché du travail. La complémentaire collective couvre ainsi un peu plus de deux tiers des salariés en 2023 avant la généralisation de la complémentaire collective aux agents de la fonction publique d'État (*graphique 5*). L'accord national interprofessionnel (ANI) a généralisé en 2016 l'obligation pour les salariés du secteur privé d'adhérer à une complémentaire collective, avec participation de l'employeur (Fouquet, 2020). Cette complémentaire peut bénéficier aux autres membres du ménage du salarié et, pendant une année à titre gratuit, aux anciens salariés devenus chômeurs (Lapinte, *et al.*, 2024). En 2023, la complémentaire d'entreprise concerne 35 % des inactifs hors retraités, 28 % des indépendants²³, 22 % des chômeurs et 2 % des retraités, en général en tant qu'ayants droit d'un de leurs proches qui est salarié.

La complémentaire individuelle couvre la plupart des retraités (91 %) du fait de leur retrait du marché du travail, et 60 % des indépendants, non bénéficiaires de l'ANI. Mais elle ne couvre que 36 % des inactifs hors retraités, 26 % des chômeurs et 20 % des salariés, en particulier les agents publics. Les plus défavorisés peuvent recourir à la C2S à titre gratuit ou, selon leurs revenus, de manière subventionnée. Ainsi, 40 % des chômeurs et 22 % des inactifs non retraités en sont bénéficiaires, contre seulement 7 % des indépendants, 4 % des salariés et 4 % des retraités.

Graphique 5 Type de complémentaire santé selon le statut socio-professionnel, en 2023

En %



C2S : complémentaire santé solidaire.

Lecture > En 2023, 11 % des personnes de 16 ans ou plus au chômage ne sont pas couvertes par une complémentaire santé.

Champ > France hors Mayotte, personnes de 16 ans ou plus vivant en logement ordinaire.

Source > SRCV 2023, retraitements Drees.

S'il existe de fortes disparités d'accès, de niveaux de garantie et de participations employeurs au sein des salariés du secteur privé (Lapinte, *et al.*, 2024 ; Perronnin, 2019), le risque santé est également fortement segmenté entre, d'une part, les contrats d'entreprise qui couvrent une population plus jeune, et, d'autre part les contrats individuels couvrant une population plus âgée, aux besoins de soins plus importants.

Plus de la moitié des 10 % de ménages les plus modestes sont couverts par la C2S : 51 % à titre gratuit, 6 % moyennant une contribution financière (*graphique 6*). Dans le deuxième dixième de niveau de vie, la C2S couvre trois personnes sur dix. L'éligibilité à la C2S étant basée sur les ressources du foyer, elle est moins fréquente parmi

²³ Un travailleur indépendant peut, dans certains cas, bénéficier d'un contrat collectif d'entreprise, soit en tant qu'ayant droit, soit en tant que dirigeant salarié.

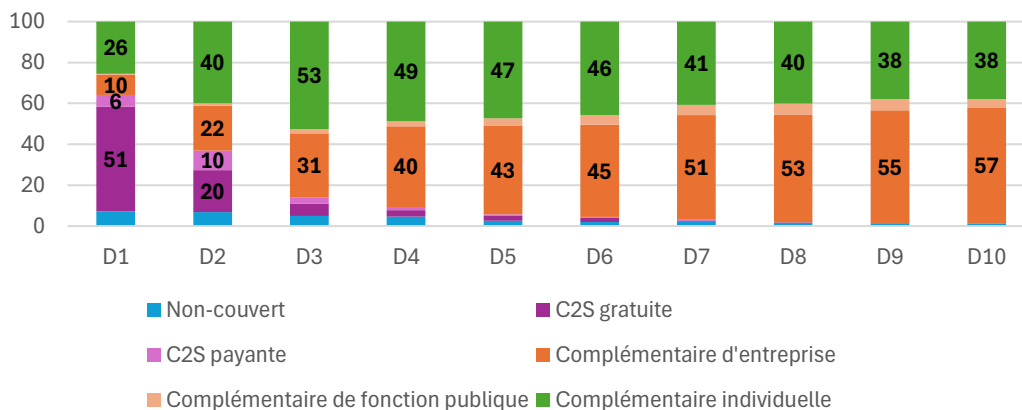
les ménages plus aisés. Elle peut néanmoins concerner des ménages au-delà des 20% les plus modestes, notamment si les ressources ont augmenté depuis le moment où la C2S a été demandée²⁴.

Les parts des complémentaires santé d'entreprise et individuelle dépendent en grande partie du statut socioprofessionnel. La légère sous-représentation des retraités parmi les ménages les plus aisés (Insee, 2024) explique en partie la moindre importance de la complémentaire individuelle dans les dixièmes de vie concernés.

Enfin, en moyenne plus modestes, les 25-34 ans sont moins couverts par une complémentaire santé et davantage à la C2S que leurs aînés (graphique 7).

Graphique 6 Type de complémentaire santé selon le niveau de vie, en 2023

En %



C2S : complémentaire santé solidaire.

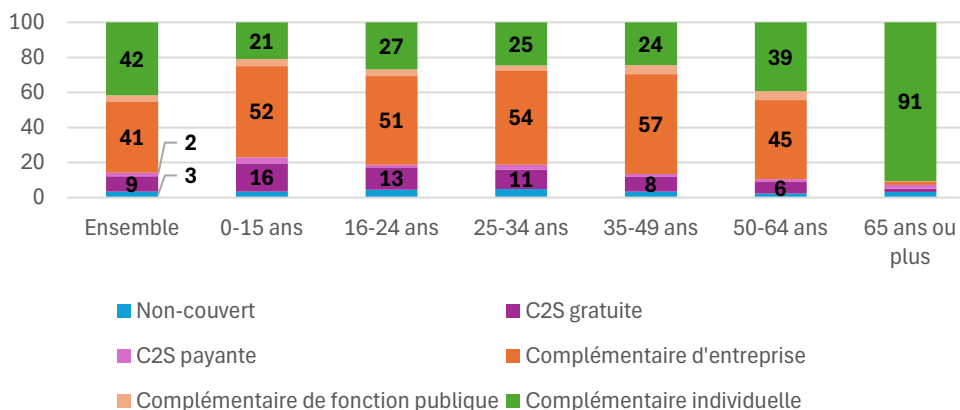
Lecture > En 2023, parmi les 10 % des personnes les plus modestes, 7 % ne sont pas couvertes par une complémentaire santé.

Champ > France hors Mayotte, personnes vivant en logement ordinaire.

Source > SRCV 2023, retraitements Drees.

Graphique 7 Type de complémentaire santé selon l'âge, en 2023

En %



C2S : complémentaire santé solidaire.

Lecture > En 2023, 3 % des personnes de 15 ans ou moins ne sont pas couvertes par une complémentaire santé.

Champ > France hors Mayotte, personnes vivant en logement ordinaire.

Source > SRCV 2023, retraitements Drees.

²⁴ Les plafonds d'éligibilité à la C2S varient selon la composition du foyer, mais selon des règles distinctes de l'échelle d'équivalence utilisée par l'Insee pour comparer les niveaux de vie entre ménages de taille ou de composition différentes. Cette échelle attribue 1 unité de consommation (UC) au premier adulte, 0,5 UC à chaque autre membre du foyer âgé de 14 ans ou plus, et 0,3 UC aux enfants de moins de 14 ans. Les critères d'éligibilité à la C2S s'en écartent notamment en ignorant l'âge des membres du foyer, ce qui tend à fixer des plafonds relativement plus élevés, en termes de niveau de vie au sens de l'Insee, pour les familles monoparentales avec de jeunes enfants que pour les personnes seules ou les couples avec un ou deux enfants. Par ailleurs, la pertinence de l'échelle utilisée par l'Insee, et en particulier de son critère d'âge et son traitement des familles monoparentales, est récemment questionnée par Pinel, *et al.* (2023).

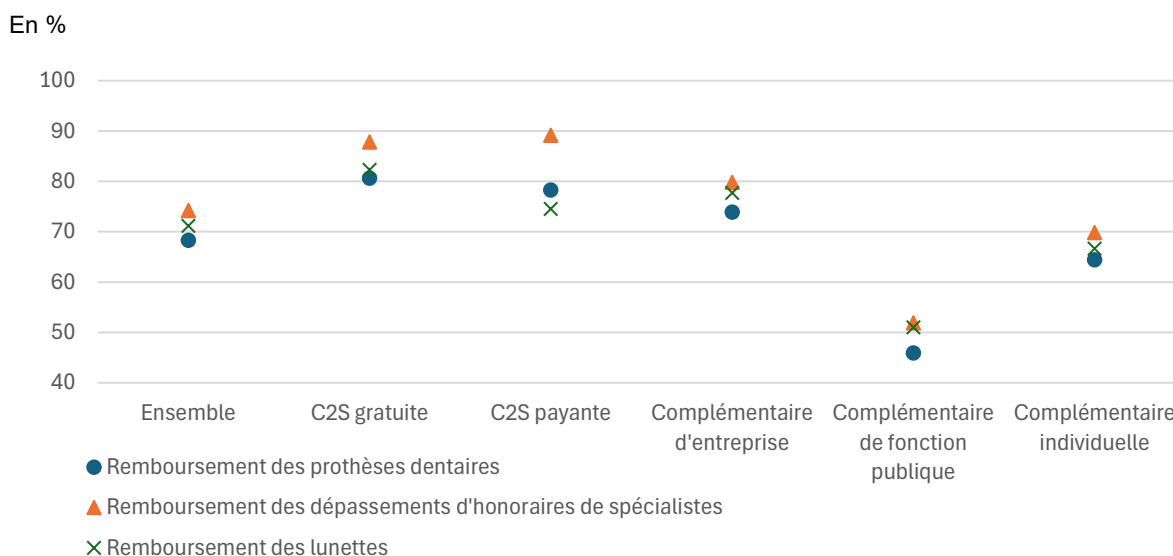
Les personnes ayant souscrit à une complémentaire santé d'entreprise ou à la C2S sont les plus satisfaites de leurs remboursements

Parmi les souscripteurs, la satisfaction vis-à-vis des remboursements des complémentaires santé pour les prothèses dentaires, les lunettes et les dépassements d'honoraires des spécialistes, varie fortement d'un type de contrat à l'autre. Les souscripteurs de la complémentaire santé solidaire (C2S) sont ainsi les plus satisfaits : huit sur dix se déclarent satisfaits ou très satisfaits de leurs remboursements en prothèses dentaires (*graphique 8*), contre sept sur dix en moyenne. À structure de population constante, le fait de souscrire à la C2S plutôt qu'à une complémentaire d'entreprise augmente la probabilité d'être satisfaits des remboursements de prothèses dentaires (*tableau complémentaire C*)²⁵. De même, neuf souscripteurs de la C2S sur dix sont satisfaits de leurs remboursements en dépassements d'honoraires de spécialistes, contre sept sur dix en moyenne. Concernant le remboursement des lunettes, la satisfaction s'élève à 83 % pour la C2S gratuite et 76 % pour la C2S payante, contre 71 % en moyenne.

Environ trois quarts des bénéficiaires d'une complémentaire d'entreprise sont satisfaits de leurs remboursements, que ce soit pour les prothèses dentaires (74 %), les dépassements d'honoraires de spécialistes (80 %) ou les lunettes (78 %), soit sensiblement plus que l'ensemble de la population.

En revanche, les souscripteurs d'une complémentaire individuelle sont bien moins satisfaits : de l'ordre de 10 points de moins par rapport à la complémentaire d'entreprise. Enfin, les souscripteurs à une complémentaire de la fonction publique sont les moins satisfaits : seuls la moitié d'entre eux environ se déclarent satisfaits pour ces trois types de remboursements²⁶.

Graphique 8 Satisfaction vis-à-vis des remboursements de la part de sa complémentaire santé selon le type de contrat, en 2023



C2S : complémentaire santé solidaire.

Note > Un contrat de complémentaire santé (hors C2S) a un unique souscripteur. Pour la C2S, on qualifie de souscripteur(s) le demandeur et son conjoint éventuel. En termes de satisfaction vis-à-vis des remboursements par la complémentaire santé, on distingue les souscripteurs qui déclarent être très ou plutôt satisfaits de ceux qui sont peu ou pas satisfaits.

Lecture > 81 % des souscripteurs d'une complémentaire d'entreprise sont satisfaits des remboursements de leur contrat en termes de prothèses dentaires.

Champ > France hors Mayotte, personnes de 16 ans ou plus vivant en logement ordinaire et souscriptrices d'une complémentaire.

Source > SRCV 2023, retraitements Drees.

Les hommes sont davantage satisfaits des remboursements de leur complémentaire que les femmes. Cet écart est lié en partie au fait que les hommes, plus souvent salariés, bénéficient davantage de la complémentaire d'entreprise²⁷.

²⁵ La régression évoquée ici est la régression (2) du *tableau complémentaire C*.

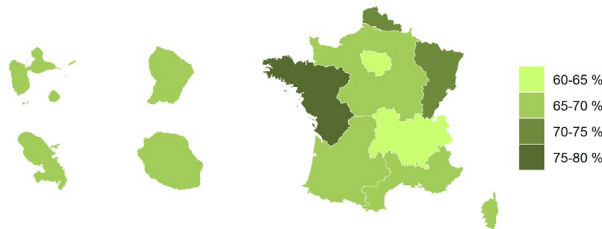
²⁶ À structure de population constante, adhérer à une complémentaire de la fonction publique ou à une complémentaire individuelle plutôt qu'à une complémentaire d'entreprise diminue la probabilité d'être satisfait des remboursements de prothèses dentaires, des lunettes et des dépassements d'honoraires des spécialistes, selon les résultats des régressions (2), (4) et (6) du *tableau complémentaire C*.

²⁷ Les différences femmes-hommes ne peuvent cependant pas se réduire à des différences en termes de type de couverture. À structure de population constante, et donc après contrôle du type de couverture, les hommes sont significativement plus satisfaits des remboursements par leur complémentaire santé, selon les résultats des régressions (2), (4) et (6) du *tableau complémentaire C*.

Enfin, la satisfaction vis-à-vis des remboursements par les complémentaires santé varie en fonction de la région de résidence : elle est généralement plus forte dans l'ouest (Bretagne, Pays de la Loire et ex-Poitou-Charentes), plus faible en Auvergne-Rhône-Alpes, et, *a fortiori*, en Île-de-France²⁸ (cartes 4, 5 et 6 et *tableau complémentaire A*). Concernant l'Île-de-France, cela pourrait s'expliquer par des pratiques de dépassements plus fréquentes dans cette région (Bithorel et Reduron, 2023).

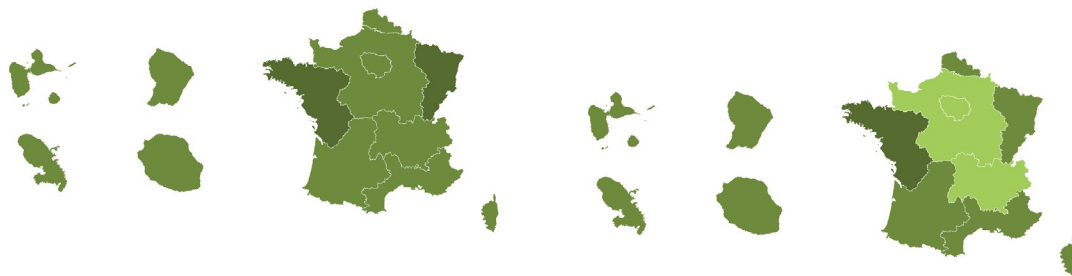
Cartes 4, 5 et 6 Part des souscripteurs satisfaits par les remboursements de leur complémentaire santé selon la zone de résidence, en 2023

Remboursements des prothèses dentaires



Remboursements des dépassements d'honoraire des spécialistes

Remboursements des lunettes



Note > Un contrat de complémentaire santé (hors C2S) a un unique souscripteur. Pour la C2S, on qualifie de souscripteur(s) le demandeur et son conjoint éventuel. En termes de satisfaction vis-à-vis des remboursements par la complémentaire santé, on distingue les souscripteurs qui déclarent être très ou plutôt satisfaits de ceux qui sont peu ou pas satisfaits. Les quatre départements d'outre-mer (Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion) sont comptabilisés ensemble, l'enquête n'étant pas représentative par département.

Lecture > En 2023, en Île-de-France, entre 60 % et 65 % des souscripteurs d'une complémentaire santé sont satisfaits des remboursements de leur contrat en termes de prothèses dentaires.

Champ > France hors Mayotte, personnes de 16 ans ou plus vivant en logement ordinaire et souscriptrices d'une complémentaire.

Source > SRCV 2023, retraitements Drees.

²⁸ À structure de population constante, le surplus d'insatisfaction en termes de remboursements des dépassements de spécialistes est significatif en Île-de-France, selon la régression (4) du *tableau complémentaire C*. Ce surplus d'insatisfaction est significatif à la fois pour l'Île-de-France et Auvergne-Rhône-Alpes concernant les remboursements se rapportant aux prothèses dentaires et lunettes, selon les régressions (2) et (6).

■ POUR EN SAVOIR PLUS

Bibliographie

- **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.
- **Bendekkiche, H., Raynaud, E., Roussel, P.** (2023, novembre). [France, portrait social](#). Insee, *Insee Références*.
- **Bérut, T.** (2025, septembre). [Personnes pauvres et modestes en Europe : qui sont-elles ?](#) Drees, *Études et Résultats*, 1349.
- **Bithorel, P.-L., Reduron, V.** (2023, mai). [Dépenses et restes à charge pour les patients : comment expliquer les disparités par départements ?](#) Drees, *Études et Résultats*, 1265.
- **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.
- **Caro, M., Carpezat, M., Forzy, L.** (mars 2023). [Recours et non recours à la C2S. Une étude qualitative des profils et des trajectoires des bénéficiaires](#). Drees, *Les Dossiers de la Drees*, 107.
- **Chauvin, P., Parizot, I.** (2010). [Quel accès aux soins pour les plus démunis ?](#) La Santé : Un enjeu de société. *Sciences humaines*.
- **Court, M.** (2010). [Corps de filles, corps de garçons : une construction sociale](#). Paris, France : Éditions La Dispute, coll. « Corps Santé Société ».
- **Cresson, G.** (1995). [Le travail domestique de santé : analyse sociologique](#). Paris, France : Éditions L'Harmattan.
- **Delecourt, C., Didier, M.** (dir.) (2025, septembre). [Les dépenses de santé en 2024 – Résultats des comptes de la santé – Édition 2025](#). Paris, France : Drees, coll. Panoramas de la Drees-Santé.
- **Drees** (2025). [Les données en datavisualisation sur les dépenses de santé et leur prise en charge par l'assurance maladie obligatoire en France sont disponibles dans l'espace Datavisualisation de la Drees](#).
- **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.
- **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.
- **Fouquet, M., Pollak, C.** (2022, février). [L'assurance maladie publique contribue fortement à la réduction des inégalités de revenu](#). Drees, *Études et Résultats*, 1220.
- **Gleizes, F., Solard, J.** (2025, mai). [Privation matérielle et sociale en 2024](#). Insee, *Insee Focus*, 353.1
- **Hannafi, C., Le Gall, R., Omalek, L., Marc, C.** (2022, février). [Mesurer régulièrement le non-recours au RSA et à la prime d'activité : méthode et résultats](#). Drees, *Les Dossiers de la Drees*, 92.
- **Insee** (2025, juillet). [L'essentiel sur la pauvreté](#). Jeux de données.
- **Insee** (2024, octobre). [Les revenus et le patrimoine des ménages](#). Insee, coll. Insee Références.
- **Kambia-Chopin, B., Perronnin, M., Pierre, A., Rochereau, T.** (2008). [La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire](#). Irdes, *Questions d'économie de la santé*, 132.
- **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. Vue d'ensemble et fiches 2, 5, 12, 13, 16.
- **Lapinte, A., Legendre, B.** (2021, juillet). [Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres](#). Drees, *Études et Résultats*, 1200.
- **Le Garrec, M.-A., Koubi, M., Fenina, A.** (février, 2013). [60 années de dépenses de santé](#). Drees, *Études et Résultats*, 831.
- **Martin, H.** (2025, avril). [Pauvreté monétaire, privation et difficultés financières : des situations qui ne se recouvrent que partiellement](#). Insee, *Insee Analyses*, 107.
- **Perronnin, M.** (2019, novembre). [L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2017](#). Irdes, *Les rapports de l'Irdes*, 572.
- **Pierre, A.** (2022, mai). [L'absence de couverture par une complémentaire santé en France en 2019](#). Irdes, *Questions d'économie de la santé*, 268.
- **Pierre, A., Jusot, F.** (2017, janvier). [The likely effects of employer-mandated complementary health insurance on health coverage in France](#). *Health Policy*, 121(3), pp.321-328.
- **Pinel, L., Schweitzer, C., Virost, P.** (2023, mars). [Comment mieux prendre en compte la diversité des familles dans les échelles d'équivalence ? - Une analyse du coût de l'enfant à travers la consommation et le niveau de vie ressenti des familles, d'après l'enquête Budget de famille 2017](#). Drees, *Les Dossiers de la Drees*, 108.

Les Dossiers de la Drees
N° 137 • avril 2026

En 2023, les personnes sous le seuil de pauvreté restent
bien plus souvent sans complémentaire santé que les
autres

Directeur de la publication
Thomas WANECQ

Responsable d'édition
Valérie BAUER-EUBRIET

ISSN
2495-120X

