



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Conseil national des politiques de lutte
contre la pauvreté et l'exclusion sociale

Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE)

**Avis du CNLE
sur le rapport annuel de la complémentaire
santé solidaire (C2S)**

Décembre 2025

TABLE DES MATIERES

TABLE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	IV
TABLE DES PROPOSITIONS	V
INTRODUCTION.....	1
I. LE NON-RECOURS : ENTRE PROGRES TECHNIQUES ET LIMITES STRUCTURELLES	3
A. <i>Un manque de données préoccupant</i>	3
B. <i>Des simplifications encourageantes mais insuffisantes</i>	4
C. <i>Une communication qui n'atteint pas les publics invisibles</i>	5
II. LE RESTE A CHARGE ET LES EFFETS DE SEUIL : UN DANGER CROISSANT	7
A. <i>L'augmentation du reste à charge, facteur de risque de l'accroissement des inégalités en santé</i>	7
B. <i>Revaloriser les seuils : en finir avec les « pauvres trop riches »</i>	8
C. <i>Le cumul des restes à charges : témoignages d'une souffrance quotidienne</i>	9
D. <i>Des dépassements d'honoraires qui menacent l'accès aux soins</i>	13
III. L'ACCES AUX SOINS : DES GARANTIES FORMELLES A L'EPREUVE DU TERRAIN	15
A. <i>Le tiers-payant intégral : un dispositif efficace à conforter</i>	15
B. <i>Les refus de soins : une procédure de recours inadaptée qui appelle une réforme</i>	15
C. <i>Déserts médicaux et médecin traitant : des inégalités territoriales structurelles</i>	16
D. <i>Les initiatives territoriales : des actions positives mais insuffisamment connues</i>	17
E. <i>Les centres de santé : un modèle à consolider</i>	18
IV. L'OUTRE-MER : DES TERRITOIRES OUBLIEES DES POLITIQUES PUBLIQUES	20
CONCLUSION	21
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	22
ANNEXE	24
ANNEXE 1 : COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LA COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE (C2S).....	24

TABLE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

A

- AAH : Allocation aux adultes handicapés
ALD : Affection de longue durée
AME : Aide médicale de l'État
ARS : Agence régionale de santé
ASI : Allocation supplémentaire d'invalidité
ASPA : Allocation de solidarité aux personnes âgées
ASS : Allocation de solidarité spécifique

C

- C2S : Complémentaire santé solidaire
CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire
CNAV : Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNLE : Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

D

- Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DROM : Départements et régions d'Outre-mer
DSS : Direction de la Sécurité sociale

H

- HCAAM : Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

I

- IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé
Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

M

- MISAS : Missions d'Accompagnement Santé
MSA : Mutualité sociale agricole

O

- OPTAM : Option pratique tarifaire maîtrisée

P

- PASS : Permanence d'accès aux soins de santé
PLFSS : Projet de loi de financement de la Sécurité sociale

R

- RSA : Revenu de solidarité active

TABLE DES PROPOSITIONS

LISTE DES PROPOSITIONS
<p>Proposition 1 : Mettre en place un système d'indicateurs détaillés sur le non-recours à la C2S comprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) le taux de recours distinguant bénéficiaires et ayants-droits ; (2) La répartition territoriale permettant d'identifier les zones prioritaires ; (3) le recours par type de ménage et par niveau de revenu.
<p>Proposition 2 (reconduction 2024) : Étendre la proposition de contrats de sortie aux caisses d'assurance maladie (CPAM et MSA).</p>
<p>Proposition 3 : Déployer un effort de communication autour du contrat de sortie et mettre en place un outil de simulation des offres proposées par les organismes complémentaires.</p>
<p>Proposition 4 : Généraliser l'automatisation de l'attribution de la C2S pour tous les bénéficiaires de minima sociaux, sur le modèle du RSA, sans démarche supplémentaire de leur part.</p> <p>Cette recommandation rejoint la proposition n°8 du rapport parlementaire Monnet-Rousset d'octobre 2025, qui préconise également la mise en place d'une procédure d'attribution automatique de la C2S gratuite pour tous les bénéficiaires.</p>
<p>Proposition 5 (reconduction 2024) : Financer une campagne nationale de communication grand public (e.g. spots TV, ...) avec pré-test et post-test.</p>
<p>Proposition 6 : Décliner des campagnes de communication ciblées et qualifiées pour chaque public spécifique (auto-entrepreneurs, salariés précaires, agriculteurs), en associant les personnes concernées à leur élaboration.</p>
<p>Proposition 7 : Créer une campagne de communication nationale spécifiquement orientée vers les retraités modestes, en lien avec la CNAV, pour informer systématiquement sur l'éligibilité à la C2S au moment de la liquidation des droits à la retraite.</p>
<p>Proposition 8 (reconduction 2024) : Ajuster le plafond de la C2S gratuite (C2SG) au niveau du seuil de pauvreté, fixé à 60 % du niveau de vie médian (soit 1 288 euros par unité de consommation, selon les calculs de l'Insee, en euros constants de 2023).</p>
<p>Proposition 9 (reconduction 2023) : Mettre en place un régime unique d'assurance maladie pour l'ensemble des personnes résidant sur le territoire quel que soit leur statut avec une prise en charge à 100 %, un panier de soins à la hauteur des besoins de chacun.</p> <p>Cette proposition est soutenue par le rapport de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de Médecins du Monde (septembre, 2025), qui insiste sur la nécessité d'un système universel garantissant une couverture intégrale et égalitaire des besoins de santé, afin de réduire les inégalités d'accès aux soins.</p>
<p>Proposition 10 (reconduction 2024) : Renforcer l'offre de soins et augmenter le choix d'équipements, notamment pour l'optique, le dentaire ou l'auditif, afin de mieux répondre aux besoins des usagers sans les stigmatiser et pour leur permettre de bénéficier d'une offre plus durable.</p>

Proposition 11 (reconduction 2024) : Fermer l'accès au secteur 2 pour les nouveaux médecins, afin d'enrayer la dérive structurelle des dépassements d'honoraires et préserver l'accès équitable aux soins, en ne laissant le choix qu'entre le secteur 1 et l'OPTAM.

Proposition 12 : Réformer en profondeur la procédure de recours pour refus de soins discriminatoires en :

- (1) rendant l'information accessible et visible sur le site de la C2S et les sites des caisses d'assurance maladie ;
- (2) simplifiant le formulaire de signalement et la démarche de dépôt de plainte ;
- (3) supprimant l'obligation de confrontation directe avec le professionnel mis en cause en renforçant systématiquement l'accompagnement et la représentation des victimes par des associations agréées ;
- (4) modifiant la composition de la commission mixte de conciliation pour y intégrer des représentants d'associations de patients agréées.

Proposition 13 (reconduction 2024, reformulée pour avis 2025) : Instaurer un conventionnement territorial des médecins, afin de limiter les installations en zones surdotées et de renforcer l'offre en secteur 1 dans les territoires sous-dotés.

Proposition 14 : Intégrer dans les missions des MISAS un rôle d'information sur les dispositifs territoriaux d'accès aux soins et d'accompagnement disponibles localement, afin que les bénéficiaires de la C2S puissent connaître et mobiliser les ressources existantes sur leur territoire.

Proposition 15 (reconduction 2024, reformulée pour avis 2025) : Permettre aux centres de santé non lucratifs de bénéficier d'un financement forfaitaire pérenne, élargi au fonctionnement de l'équipe traitante, sur le modèle des aides déjà prévues pour le recrutement d'assistants médicaux.

Proposition 16 (reconduction 2024) : Permettre aux centres de santé non lucratifs de disposer d'une dotation à la patientèle qui serait une dotation globale en fonctionnement, calculée annuellement sur la base de la typologie de la patientèle reçue et des services proposés par le centre de santé.

Proposition 17 (reconduction 2024) : En réponse aux données lacunaires dont on dispose pour appréhender le phénomène de non-recours à la C2S en Outre-mer, le CNLE demande le financement d'une étude dédiée.

INTRODUCTION

En 2025, la France célèbre les 80 ans de la Sécurité sociale. Cet anniversaire est l'occasion de rappeler les principes fondateurs de 1945 : une protection sociale universelle, fondée sur des droits sociaux garantis par la Constitution. La santé est un droit fondamental, et c'est cette conviction que défend le CNLE. Depuis les années 1980, cette approche universelle a progressivement cédé la place à une logique conditionnelle. Comme le souligne le Rapporteur spécial des Nations Unies sur l'extrême pauvreté et les droits de l'homme, Olivier De Schutter, le rôle protecteur de l'État-providence s'est transformé en rôle de contrôle, et la dématérialisation aggrave le non-recours¹. Face à cette dérive, la proposition d'un régime unique d'assurance maladie, avec une prise en charge intégrale et gratuite pour tous, s'impose plus que jamais.

Les améliorations réalisées sur la C2S méritent d'être saluées : efforts de communication, simplification pour les bénéficiaires du Revenu de solidarité active (RSA), de l'Allocation de solidarité spécifique (ASS), de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH), personnes en détention, habitants de Mayotte. Ces avancées témoignent d'une volonté réelle de rendre accessible une offre de soins aux personnes précaires. Toutefois, le dispositif reste perfectible. Des sanctions effectives contre les dépassements d'honoraires et les refus de soins s'avèrent nécessaires. Par ailleurs, une meilleure information est indispensable pour changer le regard sur la C2S auprès des travailleurs pauvres, chômeurs, auto-entrepreneurs, agriculteurs et retraités modestes qui n'y ont pas recours car elle reste assimilée aux allocataires des minima sociaux.

Le CNLE salue les efforts déployés par l'Assurance maladie en matière d'accueil des bénéficiaires de la C2S. En 2024, 631 000 rendez-vous ont été réalisés ayant pour motif la C2S, dont 57 % par téléphone et 43 % en accueil physique, avec des taux de satisfaction respectifs de 89 % et 94 %². Par ailleurs, 365 000 sollicitations supplémentaires ont eu lieu lors de visites en accueil sans rendez-vous, démontrant que l'accueil physique reste un canal essentiel pour détecter les besoins d'ouverture de droits et accompagner les personnes les plus éloignées du numérique. Si la dématérialisation constitue un levier d'efficacité (55 % de taux de dématérialisation des demandes atteint en 2024, dépassant l'objectif de 45 % fixé par la COG 2023-2027)³, elle ne doit pas devenir un facteur d'exclusion. Le CNLE réaffirme la nécessité de maintenir un accueil physique de proximité, en particulier dans les territoires prioritaires (i.e. quartiers politique de la ville, zones de revitalisation rurale, Départements et régions d'Outre-mer (DROM), zones caractérisées par un taux de pauvreté élevé et une faible densité de services publics), et de garantir le maintien systématique des formulaires papier pour les publics éloignés de l'administration numérique. L'accompagnement humain demeure irremplaçable pour rapprocher les usagers de leurs droits.

Une population est particulièrement vulnérable : les personnes entre 1 000 € et 1 208 € par mois, sans couverture d'entreprise ni mutuelle individuelle. Pour améliorer l'accès à la C2S, la gratuité pour tous et un relèvement du seuil d'éligibilité à hauteur du taux de pauvreté monétaire (60 % du revenu médian) apparaissent indispensables. L'absence de données récentes sur le non-recours et le contrat de sortie est également préoccupante, tout comme le manque d'études documentant certaines situations, notamment en Outre-mer.

Le CNLE se félicite que les mesures d'austérité initialement envisagées n'aient pas été adoptées, notamment le gel des prestations sociales et le doublement des franchises médicales⁴. Toutefois, le CNLE demeure préoccupé par la progression continue du reste à charge des dépenses de santé pour les personnes en situation de précarité : augmentation des tarifs des complémentaires santé individuelles (+ 6 % en 2025⁵, hausse attendue de + 4,3 % en 2026⁶ + 25 % en trois ans⁷), déremboursement progressif de médicaments, instauration d'un forfait de 2 euros pour les consultations de médecine générale. Ces évolutions affectent l'ensemble de la population en difficulté, y compris les bénéficiaires de la C2S.

¹ De Schutter O. (2025). « La stigmatisation des pauvres accroît le sentiment d'anxiété et d'insécurité économique. » Le Monde.

² Direction de la Sécurité Sociale. (2025). Rapport annuel 2025 de la Complémentaire santé solidaire (C2S), p. 41.

³ Ibid., p. 17.

⁴ Gouvernement. (2025). Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026.

⁵ Public Sénat. (2025, décembre 11). Mutuelles : pourquoi les cotisations des assurés devraient encore augmenter en 2026, voire en 2027.

⁶ Mutualité Française. (16 décembre 2025). Dépenses de santé en hausse constante et nouvelle taxe : des contraintes fortes pour les mutuelles et leurs adhérents.

⁷ UFC-Que Choisir. (2025). « Complémentaires santé : Les tarifs des mutuelles s'envolent ».

Enfin, rappelons que la C2S ne peut pas être la seule réponse pour prévenir et prendre en charge les soins des personnes les plus précaires, qui sont aussi celles qui subissent le plus les inégalités territoriales de santé. Le modèle des maisons de santé pluriprofessionnelles doit être économiquement soutenu pour offrir une alternative concrète dans les territoires délaissés. Par ailleurs, face aux inégalités en matière de santé, les démarches d'aller-vers sont essentielles pour prévenir certaines pathologies (diabète, obésité, maladies chroniques) et accompagner les populations les plus éloignées du système de soins.

I. LE NON-RECOURS : ENTRE PROGRES TECHNIQUES ET LIMITES STRUCTURELLES

Comme l'a rappelé le Directeur de la sécurité sociale dans son édito, « en 2026, la lutte contre le non-recours restera une priorité, en poursuivant les travaux de simplifications des démarches, les actions en matière de communication et d'aller-vers »⁸. Cette ambition affichée doit cependant se confronter à une réalité : le manque persistant de données, des progrès techniques réels mais inégaux, et une communication qui peine encore à toucher certains publics.

A. Un manque de données préoccupant

L'absence de données récentes sur le non-recours constitue un obstacle majeur à l'évaluation du dispositif. Le rapport de la C2S 2025 indique que la Drees n'a pas pu calculer le taux de recours pour les années 2022 et 2023. La dernière estimation disponible date de 2021 : 56 % de recours global (69 % pour la C2S gratuite, 34 % pour la C2S avec participation financière)⁹. Cette lacune statistique empêche de mesurer l'impact réel des réformes mises en place, qu'il s'agisse de l'automatisation pour les allocataires du RSA ou de la présomption de droit pour les bénéficiaires de l'ASPA et de l'AAH. Les chiffres devraient être la préoccupation n°1, car sans données fiables, impossible d'objectiver l'ampleur du non-recours ni d'orienter efficacement l'action publique.

Au-delà du simple taux de recours global, le CNLE regrette l'absence d'indicateurs permettant une analyse fine du phénomène. Il manque notamment des données sur le taux de recours à la C2S distinguant bénéficiaires et ayants-droits, sur le recours territorial (permettant d'identifier les zones où le non-recours est le plus marqué), ainsi que sur le recours par type de ménage et par niveau de revenu. Le rapport annuel de la C2S propose deux cartes¹⁰ qui ne permettent pas une analyse du taux de non-recours pour les bénéficiaires des minima sociaux qui en sont les principaux bénéficiaires. Le CNLE regrette, par ailleurs, l'absence de présentation d'une carte croisant le nombre de bénéficiaires de la C2S au taux de pauvreté par département. Ces indicateurs seraient pourtant nécessaires pour cibler les actions d'aller-vers et adapter les politiques publiques aux réalités des différents publics concernés.

- Le CNLE salue les efforts de la direction de la sécurité sociale pour documenter certaines populations spécifiques à travers des enquêtes qualitatives et des monographies présentées dans le rapport annuel. Ces travaux apportent un éclairage précieux sur des situations particulières (e.g. sur les retraités en 2025, sur les étudiants en 2024, etc.)¹¹.

Toutefois, le CNLE constate que les études lancées et les statistiques produites ne permettent pas toujours d'identifier les leviers concrets d'amélioration du dispositif. Les focus thématiques sur des publics spécifiques, bien qu'utiles, ne suffisent pas à éclairer les décisions sur les aspects structurants de la C2S : l'adéquation du panier de soins aux besoins réels, les effets de seuil, l'efficacité des procédures administratives, ou encore les difficultés spécifiques rencontrées par les bénéficiaires dans leur parcours de santé. Le rapport ne développe par ailleurs plus la question des complémentaires santé d'entreprise, qui jouent pourtant un rôle central dans la couverture des travailleurs à faibles revenus et dans les transitions entre statuts professionnels (salarial, autoentrepreneur, etc.). Il manque des données systématiques et régulières qui permettraient d'adapter le dispositif aux besoins effectifs des usagers et d'identifier les priorités d'amélioration sur l'ensemble des dimensions de la C2S.

→ PROPOSITION 1 : METTRE EN PLACE UN SYSTEME D'INDICATEURS DETAILLES SUR LE NON-RECOURS A LA C2S COMPRENANT :

- (1) LE TAUX DE RECOURS DISTINGUANT BENEFICIAIRES ET AYANTS-DROITS ;
- (2) LE RECOURS TERRITORIAL PERMETTANT D'IDENTIFIER LES ZONES PRIORITAIRES ;
- (3) LE RECOURS PAR TYPE DE MENAGE ET PAR NIVEAU DE REVENU.

Le désengagement des organismes complémentaires

Les organismes complémentaires gestionnaire de la C2S sont de moins en moins nombreux : 82 en 2024, 74 en 2025, et 68 prévus en 2026¹². Or, ils sont les seuls à pouvoir proposer des contrats de sortie pour éviter une rupture brutale de couverture et un effort financier trop important pour les bénéficiaires sortant du dispositif. Ces contrats d'un an

⁸ Direction de la Sécurité Sociale. (2025). Rapport annuel 2025 de la Complémentaire santé solidaire (C2S), p. 5.

⁹ Ibid., p. 33.

¹⁰ Ibid., p. 30-31.

¹¹ Ibid., p. 34.

¹² Ibid., p. 18.

sont proposés à des tarifs préférentiels définis par arrêté¹³ (16 € à 60 € par mois selon l'âge)¹⁴. Avec le désengagement progressif des organismes complémentaires, de moins en moins de personnes y auront accès.

Le CNLE demande à la direction de la sécurité sociale des informations précises sur les motifs de ce désengagement et sur l'usage réel des contrats de sortie.

→ **PROPOSITION 2 (RECONDUCTION 2024) : ÉTENDRE LA PROPOSITION DE CONTRATS DE SORTIE AUX CAISSES D'ASSURANCE MALADIE (CPAM ET MSA).**

→ **PROPOSITION 3 : DÉPLOYER UN EFFORT DE COMMUNICATION AUTOUR DU CONTRAT DE SORTIE.**

B. Des simplifications encourageantes mais insuffisantes

Les mesures de simplification mises en œuvre ces dernières années témoignent d'une volonté réelle d'améliorer l'accès aux droits. L'automatisation de l'attribution de la C2S pour les allocataires du RSA a porté ses fruits : 80 % de taux de recours estimé en 2023, avec 217 573 foyers ayant ouvert un droit en 2024, soit une hausse de 25 % par rapport à 2023¹⁵.

- Pour l'ASPA, la présomption de droit mise en place depuis avril 2022 a permis d'affilier environ 64 % des allocataires à la C2S¹⁶. Toutefois, seuls 25 % des allocataires de l'ASPA répondent au courrier d'information qui leur est envoyé¹⁷. Ce taux de réponse, bien que supérieur aux taux habituels des courriers d'aller-vers, reste faible. Plusieurs facteurs explicatifs peuvent être avancés : méconnaissance persistante du dispositif, complexité perçue malgré la simplification (le courrier nécessite tout de même de renvoyer des documents et de choisir un organisme gestionnaire), freins psychosociaux liés à l'isolement ou à la stigmatisation.
- La présomption de droit pour les allocataires de l'AAH, mise en place en juillet 2025, ne permet pas encore de tirer de bilan. Les premiers résultats ne sont pas disponibles dans le rapport 2025. Malgré cette absence de données chiffrées, les retours des bénéficiaires témoignent de l'impact positif de la simplification des démarches sur leur quotidien.

« J'ai eu besoin de faire mon renouvellement de la C2S hier. C'est beaucoup plus simple qu'avant, ça m'a pris 10 minutes. »

Bénéficiaire de l'AAH et de la C2S avec participation

Ce dispositif démontre que lorsque la simplification est totale, elle fonctionne et change concrètement le quotidien des personnes concernées. Cependant, des difficultés de coordination entre organismes persistent et entraînent des ruptures de droits.

« Mon fils qui est [demandeur d'emploi, et inscrit] à France Travail [bénéficiaire de] la C2S : [en tant que bénéficiaire de l'ASS] la sécurité sociale ne lui a pas envoyé automatiquement [de demande] pour qu'il [la] renouvelle. »

Mère d'un bénéficiaire de la C2S

Cette question met en lumière un problème récurrent : le cloisonnement entre organismes. Lorsqu'un bénéficiaire de la C2S est suivi par France Travail, la coordination avec la sécurité sociale pour le renouvellement n'est pas assurée, créant des situations de rupture de droits évitables.

¹³ Journal Officiel de la République Française (JORF). (2019, décembre 31). Arrêté du 27 décembre 2019 fixant les montants maximaux des tarifs des contrats proposés aux personnes dont le droit à la protection complémentaire en matière de santé arrive à expiration.

¹⁴ Ibid., p. 19.

¹⁵ Ibid., p. 38-39.

¹⁶ Ibid., p. 39.

¹⁷ Ibid., p. 40.

Ces difficultés se manifestent également lors d'un transfert de dossier entre départements à l'occasion d'un déménagement. Des retours de terrain révèlent des délais de traitement de deux à trois mois pour le transfert de dossier, pendant lesquels la personne se retrouve sans droits ouverts. Cette situation concerne aussi les jeunes adultes quittant le domicile familial et qui étaient jusqu'alors couverts par le régime de sécurité sociale de leurs parents : plus de deux mois sont nécessaires pour ouvrir un nouveau droit à la C2S.

« J'ai perdu mes papiers quand je vivais à la rue [...]. Quand je suis arrivé à [ville], l'ouverture de mes droits à la C2S s'est faite en plus de trois mois. Entre temps, pour mes soins, j'ai galéré. À chaque fois, j'étais obligé de passer par la PASS et les dispositifs de la pharmacie de l'hôpital. Quand mes droits C2S sont réouverts, je suis redevenu un patient digne comme les autres. »

Bénéficiaire de la C2S ayant changé de département

Ces délais créent une rupture dans l'accès aux soins, contraignant les personnes à recourir aux permanences d'accès aux soins (PASS) en attendant la réouverture de leurs droits.

Les progressions observées pour les allocataires de l'ASI et de l'ASPA bénéficiaires de la C2S avec participation, financière (+ 12,6 % et + 11,7 %) ¹⁸ sont encourageantes, mais doivent être nuancées par le manque de données globales et actualisées. L'automatisation complète apparaît comme le levier le plus efficace pour lutter contre le non-recours. Face à ce constat, une généralisation s'impose.

→ **PROPOSITION 4 : GENERALISER L'AUTOMATISATION DE L'ATTRIBUTION DE LA C2S POUR TOUS LES BENEFICIAIRES DE MINIMA SOCIAUX, SUR LE MODELE DU RSA, SANS DEMARCHE SUPPLEMENTAIRE DE LEUR PART.**

CETTE RECOMMANDATION REJOINT LA PROPOSITION N°8 DU RAPPORT PARLEMENTAIRE MONNET-ROUSSET D'OCTOBRE 2025¹⁹, QUI PRECONISE EGALEMENT LA MISE EN PLACE D'UNE PROCEDURE D'ATTRIBUTION AUTOMATIQUE DE LA C2S GRATUITE POUR TOUS LES BENEFICIAIRES.

C. Une communication qui n'atteint pas les publics invisibles

Des efforts importants ont été déployés en matière de communication : campagnes ciblées sur les jeunes, envoi de courriers, affichage, *phoning*. La notoriété du dispositif est en hausse, avec 58 % des personnes éligibles qui connaissent l'existence de la C2S²⁰. Toutefois, un déficit persiste auprès du grand public, notamment concernant 47 % des publics éligibles, qui pensent que la C2S est réservée aux « personnes très pauvres »²¹. Cette perception constitue un frein psychologique majeur au recours à la C2S. Le rapport ne fournit pas de résultats chiffrés précis sur l'efficacité des campagnes menées (taux de clics, nombre de dossiers ouverts à la suite des campagnes), ce qui limite l'évaluation de leur impact réel.

La stigmatisation associée au dispositif reste un obstacle majeur, comme en témoigne un travailleur social en milieu rural :

« Au sein des territoires, le souci ce n'est pas que les personnes ne sont pas au courant, ils le savent, mais ils ne veulent pas y toucher [en parlant de la C2S] car pour eux c'est dégradant. »

Travailleur social en milieu rural

Cette réalité révèle que l'enjeu n'est pas seulement de faire connaître la C2S, mais aussi de transformer son image publique. Tant que le dispositif sera perçu comme une couverture maladie réservée aux plus démunis, une partie des personnes éligibles continuera de s'en détourner par crainte du stigmat social.

¹⁸ Ibid., p. 6.

¹⁹ Yves Monnet et Jean-François Rousset. (octobre 2025). Les dépassements d'honoraires : 10 propositions pour en sortir, rapport parlementaire.

²⁰ Direction de la Sécurité Sociale. (2025). Rapport annuel 2025 de la Complémentaire santé solidaire (C2S), p. 35.

²¹ Ibid.

Certains publics passent ainsi complètement à côté du dispositif. Les auto-entrepreneurs, les salariés à faibles revenus, les retraités modestes pensent que la C2S ne les concerne pas, qu'elle est réservée aux personnes allocataires des minima sociaux.

« Ceux [les auto-entrepreneurs] qui ont de très faibles revenus ne savent pas qu'ils ont droit à la C2S, du moins pour la majeure partie. Et aussi, pour eux, c'est difficile de faire les démarches. »

Bénéficiaire de la C2S participative évoquant la situation ses auto-entrepreneurs

Ce témoignage souligne une double difficulté : non seulement ces travailleurs indépendants ignorent leur éligibilité, mais même lorsqu'ils en prennent conscience, une forte réticence à faire la demande se manifeste, alimentée par la crainte de la stigmatisation. Un autre bénéficiaire regrette un manque de communication et une connaissance floue du dispositif, oscillant entre C2S et son ancienne appellation CMU-C. Les grands oubliés de la communication sont ceux qui sont dans le salariat ou à leur compte avec de faibles revenus, tous ces gens concernés mais absents dans le rapport de la DSS.

→ PROPOSITION 5 (RECONDUCTION 2024) : FINANCER UNE CAMPAGNE NATIONALE DE COMMUNICATION GRAND PUBLIC (E.G. SPOTS TV, ...) AVEC PRE-TEST ET POST-TEST.

Les campagnes de communication doivent donc être ciblées et qualifiées. La Caisse nationale d'assurance maladie ou la Caisse de mutualité sociale agricole devraient identifier précisément les publics auxquels elles s'adressent dans ses messages : auto-entrepreneurs, salariés à faibles revenus, retraités modestes, agriculteurs.

→ PROPOSITION 6 : DECLINER DES CAMPAGNES DE COMMUNICATION CIBLEES ET QUALIFIEES POUR CHAQUE PUBLIC SPECIFIQUE (AUTO-ENTREPRENEURS, SALARIES PRECAIRES, AGRICULTEURS), EN ASSOCIANT LES PERSONNES CONCERNEES A LEUR ELABORATION.

→ PROPOSITION 7 : CREER UNE CAMPAGNE DE COMMUNICATION NATIONALE SPECIFIQUEMENT ORIENTEE VERS LES RETRAITES MODESTES, EN LIEN AVEC LA CNAV, POUR INFORMER SYSTEMATIQUEMENT SUR L'ELIGIBILITE A LA C2S AU MOMENT DE LA LIQUIDATION DES DROITS A LA RETRAITE.

II. LE RESTE A CHARGE ET LES EFFETS DE SEUIL : UN DANGER CROISSANT

Dans un contexte marqué par la célébration des 80 ans de la Sécurité sociale et de ses principes fondateurs, le reste à charge en progression constante ces dernières années constitue un facteur de risque pour les personnes en situation de pauvreté et de précarité qui n'auront pas d'autres choix que de retarder certains soins ou d'y renoncer. Les débats parlementaires sur le budget 2026 ont fait craindre une aggravation de cette situation déjà préoccupante, en créant un effet ciseau qui étouffe progressivement les ménages modestes : d'un côté, l'absence de revalorisations des revenus et minima sociaux ; de l'autre, leurs dépenses de santé augmentent inexorablement. Malgré l'abandon de ces mesures d'économie qui auraient fortement impactées les personnes les plus précaires, les dépenses de santé en augmentation constante ces dernières années contraignent les personnes à arbitrer souvent parmi leurs dépenses primaires (alimentation, etc.).

A. L'augmentation du reste à charge, facteur de risque de l'accroissement des inégalités en santé

Les données de l'Insee pour 2023 révèlent une aggravation préoccupante de la pauvreté en France. Le taux de pauvreté atteint 15,4 %, son niveau le plus élevé depuis 1996, soit une hausse de 1,0 point par rapport à 2022²². Le seuil de pauvreté monétaire s'établit à 1 288 € par mois pour une personne seule²³. Cette détérioration touche particulièrement les familles monoparentales, dont le taux de pauvreté bondit à 34,3 % (+ 2,9 points), et les chômeurs (36,1 %, + 0,8 point)²⁴. Le taux de pauvreté des salariés augmente à 6,6 % (+ 0,5 point) et celui des indépendants à 19,2 % (+ 0,9 point)²⁵.

Le niveau de vie des ménages les plus modestes recule en euros constants (-1,0 % pour le premier décile), principalement en raison de la hausse du nombre de ménages déclarant de faibles revenus d'activité indépendante et de la non-reconduction des mesures exceptionnelles de soutien au pouvoir d'achat mises en place en 2022²⁶. Parallèlement, les inégalités s'accroissent fortement : le rapport entre les 20 % les plus aisés et les 20 % les plus modestes atteint 4,5, son plus haut niveau depuis 1996. L'intensité de la pauvreté, bien qu'en léger recul à 19,2 %, demeure élevée²⁷.

Une augmentation du reste à charge en santé

Dans ce contexte de dégradation des revenus, les dépenses de santé restant à la charge des ménages progressent. En 2024, le reste à charge des ménages représente en moyenne 292 euros par habitant, contre 276 euros en 2023, soit une augmentation de 5,8 %, supérieure à l'inflation (+ 2,0 %)²⁸. Cette hausse s'explique notamment par le doublement des franchises médicales et la participation forfaitaire de 2 euros mise en œuvre en 2024, entraînant une augmentation de 35,1 % de participation à leurs dépenses de santé pour les assurés, qui passent de 1,8 milliard d'euros en 2023 à 2,5 milliards en 2024²⁹.

Des impacts différenciés pour les publics C2S

Les bénéficiaires de la C2S gratuite, majoritairement allocataires du RSA (635 € par mois pour une personne seule), demandeurs d'emploi avec de faibles indemnités ou bénéficiaires de l'ASS³⁰, sont protégés du reste à charge mais subissent la baisse de leur niveau de vie. Le montant forfaitaire du RSA représente 46,5 % du seuil de pauvreté en 2023, un ratio qui a baissé de 2,3 points entre 2021 et 2022³¹.

²² Rieg, C., Rousset, A., & Insee. (2025). Niveau de vie et pauvreté en 2023 - Taux de pauvreté et inégalités s'accroissent fortement., p. 1 ; Insee. (novembre 2025). France, portrait social – Édition 2025, Fiche « Pauvreté monétaire », p. 71.

²³ Ibid.

²⁴ Rieg, C., Rousset, A., & Insee. (2025). Op. cit., p. 2-3.

²⁵ Ibid., p. 2 ; Insee. (novembre 2025). Op. cit., p. 71.

²⁶ Rieg, C., Rousset, A., & Insee. (2025). Op. cit., p. 1.

²⁷ Ibid., p. 3.

²⁸ Drees. (2025). Les dépenses de santé en 2024 – Résultats des comptes de la santé – Édition 2025, Fiche 21, p. 124.

²⁹ Ibid., p. 124.

³⁰ Direction de la Sécurité sociale. (2025). Rapport annuel 2025 de la Complémentaire santé solidaire (C2S), p. 26 ; Blasco, J., Cabannes, P.-Y., & Echegu, O. (dir.), Drees. (2025). Minima sociaux et prestations de solidarité : Ménages aux revenus modestes et redistribution – Édition 2025, Fiche 08, p. 84.

³¹ Blasco, J., Cabannes, P.-Y., & Echegu, O. (dir.), Drees. (2025). Op. cit., fiche 08, p. 86.

Les bénéficiaires de la C2S participative, composés principalement des allocataires de l'AAH (1 033 €) ou de l'ASPA (1 034 €)³², cumulent perte de pouvoir d'achat et participation financière au dispositif (entre 8 € et 30 € par mois selon l'âge).

Les personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la C2S et le seuil de pauvreté font face à la situation la plus difficile : dégradation de leurs conditions de vie, souscription d'une complémentaire santé individuelle coûteuse, et intégralité du reste à charge.

Un ralentissement de la progression des effectifs C2S

Le rapport de la C2S 2025 indique d'ailleurs que la progression des effectifs sera moins dynamique qu'en 2024, avec une croissance potentiellement « deux fois moindre » en 2025³³. Ce ralentissement est directement lié à l'évolution des minima sociaux : les montants des allocations (RSA, ASPA, AAH) restent sous les plafonds C2S, limitant le flux de nouveaux entrants.

B. Revaloriser les seuils : en finir avec les « pauvres trop riches »

Le plafond de la C2S gratuite est jugé trop bas par de nombreux acteurs. En décembre 2024, 7,79 millions de personnes sont couvertes par la C2S³⁴. Selon les estimations de la direction de la sécurité sociale en 2021, le nombre de personnes éligibles à la C2S se situerait autour de 12 millions³⁵. Ces chiffres révèlent qu'un nombre important de personnes ne bénéficient pas de la C2S, soit par non-recours, soit parce que leurs revenus se situent entre le plafond de la C2S (50 % du revenu médian) et le seuil de pauvreté (60 % du revenu médian).

Le plafond mensuel de la C2S gratuite s'établit à 862 € pour une personne seule en métropole, tandis que le plafond de la C2S avec participation financière est de 1 163 €³⁶. Entre ces deux montants et le seuil de pauvreté à 1 208 €, se trouve une population vulnérable, exclue de la protection alors même qu'elle vit dans la précarité.

« Je ne comprends pas que des gens qui sont en-dessous du seuil de pauvreté comme cela est défini par l'Insee n'aient pas la C2S. Ça me révolte car on nous considère comme pas suffisamment pauvres. »

Personne en situation de précarité

L'effet de seuil est particulièrement cruel pour ceux qui travaillent quelques heures par semaine.

« Maintenant il faut faire 15 h même à temps partiel pour avoir une mutuelle. Donc là j'ai plus de mutuelle. Pour la C2S j'ai fait un calcul, je dépasse de 40 € - 50 € de plus en fait. J'étais allé à la CPAM, au comptoir, on m'a dit « oui », et j'ai reçu un courrier de refus. »

Bénéficiaire en ALD, travaillant entre six à huit heures par semaine

Ce témoignage illustre un manque de cohérence dans le discours institutionnel qui pénalise l'activité partielle. Ce bénéficiaire compare d'ailleurs sa mutuelle d'entreprise perdue avec la C2S :

« Je payais moins cher en fait par mois, je crois que je payais 20 € ou 22 €. Elle était trois fois plus intéressante que la C2S parce qu'avant j'étais à la C2S donc je payais 21 €, et on avait le bas de gamme. J'avais une couronne à faire dernièrement et ils ont refusé de la faire. Donc j'étais obligé de payer de mes frais. Ma mutuelle a pris 700 €. »

Bénéficiaire en ALD, travaillant entre six à huit heures par semaine

³² Ibid., p. 84.

³³ Direction de la Sécurité Sociale. (2025). Rapport annuel 2025 de la Complémentaire santé solidaire (C2S), p. 24.

³⁴ Blasco, J., Cabannes, P.-Y., & Echegu, O. (dir.), Drees. (2025). Minima sociaux et prestations de solidarité : Ménages aux revenus modestes et redistribution – Édition 2025. Fiche 35 : La complémentaire santé solidaire.

³⁵ Direction de la Sécurité Sociale. (2021). Rapport annuel 2021 de la Complémentaire santé solidaire (C2S), p. 12.

³⁶ Direction de la Sécurité Sociale. (2025). Rapport annuel 2025 de la Complémentaire santé solidaire (C2S), annexe 1, p. 61.

Cette situation crée une distinction artificielle et inéquitable entre les « pauvres » et les « pauvres trop riches ». Plusieurs députés ont d'ailleurs proposé de relever le seuil de la C2S gratuite au niveau du seuil de pauvreté, soit 60 % du revenu médian³⁷.

- Selon les simulations du Comité scientifique du CNLE réalisées sur le modèle de microsimulation Ines, un tel rehaussement au niveau du seuil de pauvreté (avec une C2S gratuite uniquement) porterait le nombre de personnes éligibles à la C2S à 6,6 millions de personnes en France métropolitaine (en logements ordinaires). Avec un taux de recours maintenu à 67 % (niveau actuellement observé pour la C2S gratuite), ce rehaussement permettrait de couvrir 4,4 millions de bénéficiaires, contre 2,1 millions actuellement dans ce périmètre³⁸.
- Le Conseil national de l'Ordre des médecins soutient également le rapport parlementaire dans un communiqué de presse insistant sur « toute mesure facilitant l'accès à une complémentaire et garantissant une couverture équitable sur tout le territoire »³⁹. Cette révision permettrait d'inclure des populations en grande difficulté économique, actuellement exclues malgré une situation financière critique.

→ **PROPOSITION 8 (RECONDUCTION 2024) : AJUSTER LE PLAFOND DE LA C2S GRATUITE (C2SG) AU NIVEAU DU SEUIL DE PAUVRETE, FIXE A 60 % DU NIVEAU DE VIE MEDIAN (SOIT 1 288 EUROS PAR UNITE DE CONSOMMATION, SELON LES CALCULS DE L'INSEE, EN EUROS CONSTANTS DE 2023).**

Par ailleurs, la distinction entre C2S gratuite et C2S avec participation financière crée des catégories artificielles entre personnes ayant toutes un niveau de vie inférieur à 60 % du revenu médian. Cette segmentation génère même des stratégies de « fraude à la C2S » pour rester dans le plafond de la C2S gratuite⁴⁰.

Il convient également de rappeler que l'enquête ASDO menée en 2024 démontre que la gratuité ne fait pas faire plus de dépenses : la gratuité n'est pas synonyme de surconsommation des soins⁴¹. À terme, le CNLE plaide pour une C2S unique et gratuite pour tous, mettant fin à cette segmentation qui fragilise les personnes les plus vulnérables. Le rapport parlementaire Monnet-Rousset d'octobre 2025 s'inscrit dans cette dynamique en recommandant une C2S gratuite pour tous les bénéficiaires.

→ **PROPOSITION 9 (RECONDUCTION 2023) : METTRE EN PLACE UN REGIME UNIQUE D'ASSURANCE MALADIE POUR L'ENSEMBLE DES PERSONNES RESIDANT SUR LE TERRITOIRE QUEL QUE SOIT LEUR STATUT AVEC UNE PRISE EN CHARGE A 100 %, UN PANIER DE SOINS A LA HAUTEUR DES BESOINS DE CHACUN.**

CETTE PROPOSITION EST SOUTENUE PAR LE RAPPORT DE L'OBSERVATOIRE DE L'ACCES AUX DROITS ET AUX SOINS DE MEDECINS DU MONDE⁴² (SEPTEMBRE, 2025), QUI INSISTE SUR LA NECESSITE D'UN SYSTEME UNIVERSEL GARANTISSANT UNE COUVERTURE INTEGRALE ET EGALITAIRE DES BESOINS DE SANTE, AFIN DE REDUIRE LES INEGALITES D'ACCES AUX SOINS.

C. Le cumul des restes à charges : témoignages d'une souffrance quotidienne

Au-delà des chiffres agrégés, les témoignages recueillis révèlent l'ampleur concrète du reste à charge et ses conséquences sur la vie quotidienne des personnes concernées. Le reste à charge ne se limite pas à une donnée comptable : il s'incarne dans des arbitrages contraints, des renoncements aux soins et une dégradation progressive de l'état de santé.

Les arbitrages impossibles entre besoins fondamentaux

Pour les ménages modestes, la moindre dépense de santé imprévue peut déséquilibrer un budget déjà contraint. Les arbitrages deviennent alors inévitables, opposant des besoins fondamentaux entre eux.

³⁷ Yves Monnet et Jean-François Rousset. (octobre 2025). Les dépassements d'honoraires : 10 propositions pour en sortir, rapport parlementaire.

³⁸ Comité scientifique du CNLE, Madec, P., & Pucci, M. (2025). Estimations issues du modèle de microsimulation INES à partir des données de 2023.

³⁹ Conseil national de l'Ordre des médecins. (octobre, 2025). Rapport parlementaire Monnet-Rousset.

⁴⁰ Sénat. (2025). Étude d'impact du projet de loi n°24 relatif au financement de la Sécurité sociale pour 2026.

⁴¹ ASDO étude, Drees, DSS. (2024). Étude sur le rapport des étudiants à la santé, à la couverture santé et à la Complémentaire santé solidaire.

⁴² Médecins du Monde. (2025, septembre). Rapport de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins 2025.

« C'était la nourriture ou les soins. Moi là je vous le dis, c'était obligé de limiter ma nourriture ou essayer de faire autrement. Voilà, manger que du riz ou que des pâtes. »

Bénéficiaire en ALD au-dessus du seuil de la C2S

« Parfois je me dis je dépense moins en alimentation car je sais que je vais devoir dépenser en produits de santé. »

Personne en invalidité, au-dessus du seuil de la C2S

Ces arbitrages génèrent une angoisse permanente face aux dépenses de santé.

« Des moments de souffrance de savoir qu'il va y avoir des dépenses. Je dois choisir entre faire mes futures lunettes et l'angoisse d'avoir à sortir l'argent. Une réelle angoisse de ne plus pouvoir manger, payer les factures. »

Personne en invalidité, au-dessus du seuil de la C2S avec mutuelle individuelle à 75 €/mois

L'alimentation, pourtant essentielle, devient ainsi la variable d'ajustement face aux dépenses de santé incompressibles. Cette situation génère une souffrance psychologique considérable et met en péril l'équilibre de vie des personnes concernées.

Les limites de la prise en charge à 100 % en ALD et le cumul des dépenses mensuelles

Les affections de longue durée (ALD), censées offrir une prise en charge à 100 %, ne couvrent en réalité que les soins directement liés à la pathologie reconnue. Tous les autres soins restent à la charge du patient. En 2024, 13 % des bénéficiaires de la C2S gratuite et 35 % des bénéficiaires de la C2S avec participation financière souffrent d'au moins une affection de longue durée, contre 19 % de l'ensemble des « consommateurs »⁴³.

« Mon traitement il coûte 1 000 € par mois, je ne le paye pas, ça rentre complètement dans mon 100 %. Mais ce qui n'est pas en soin ALD, je paye la partie que je dois payer. Les soins de confort. Je devais prendre un médicament pour mes intestins, la pharmacienne m'a dit « non ce n'est pas remboursé, vous devez payer ». Elle m'a dit « dites à votre médecin ce médicament est remboursé ». Donc j'ai pris un autre médicament qui est équivalent pour être remboursé à 100 %. »

Bénéficiaire en ALD, au-dessus du seuil de la C2S

Cette distinction avec la catégorisation en soins « de confort » génère des situations où les patients doivent renoncer ou substituer des médicaments pour des raisons purement financières. Pour les personnes au-dessus du seuil C2S, le reste à charge se cumule sur deux fronts : d'une part les cotisations de mutuelle individuelle, d'autre part les médicaments et soins non remboursés.

Cette hausse des dépenses de santé s'inscrit dans un contexte d'augmentation continue des tarifs des complémentaires santé individuelles : + 6 % en 2025⁴⁴ et près de + 25 % en trois ans⁴⁵, aggravant la charge financière pour les personnes aux revenus modestes situées juste au-dessus des seuils de la C2S. Cette dynamique devrait se poursuivre en 2026 : la Mutualité française anticipe, face à des dépenses de santé qui resteront élevées, les cotisations augmenteront encore en moyenne de + 4,3 % pour les contrats individuels et de + 4,7 % pour les contrats collectifs⁴⁶.

⁴³ Blasco, J., Cabannes, P.-Y., & Echegu, O. (dir.), Drees. (2025). Minima sociaux et prestations de solidarité : Ménages aux revenus modestes et redistribution – Édition 2025. Fiche 35 : La complémentaire santé solidaire.

Ici « consommateurs » : c'est-à-dire les personnes ayant eu recours au moins une fois à des soins ou des biens médicaux dans l'année. Ils représentent environ 95 % de l'ensemble de la population lors d'une année donnée. »

⁴⁴ Public Sénat. (11 décembre, 2025). Mutuelles : pourquoi les cotisations des assurés devraient encore augmenter en 2026, voire en 2027.

⁴⁵ UFC-Que Choisir. (2025). « Complémentaires santé : Les tarifs des mutuelles s'envolent ».

⁴⁶ Mutualité Française. (16 décembre 2025). Dépenses de santé en hausse constante et nouvelle taxe : des contraintes fortes pour les mutuelles et leurs adhérents.

« J'ai une mutuelle individuelle, elle me coûte 75 € par mois. La mutuelle ne [couvre] presque rien du tout. Elle paye que ce qui n'est pas pris en charge par la sécurité sociale. Certains médicaments je les paie. Un que je suis obligée de prendre [...], il n'est plus pris en charge. La dernière fois j'ai payé 48 €, c'est régulier, tous les mois. »

Personne en invalidité, au-dessus du seuil C2S

Dans le cas de ce témoignage, ce cumul de 75 € de mutuelle mensuelle et 48 € de médicaments représente 123 € de dépenses de santé mensuelles incompressibles, soit près de 1 500 € par an pour une personne vivant avec des revenus proches du seuil de pauvreté.

Même pour les bénéficiaires de la C2S, les dépenses mensuelles de médicaments non couverts s'accumulent. L'enquête nationale sur les restes à charge invisibles (RACI) menée par France Assos Santé en 2024 révèle que 67,8 % des personnes vivant avec une maladie chronique ou un handicap déclarent avoir eu des dépenses pour des médicaments prescrits mais non remboursés, pour un montant moyen de 159,50 € par an⁴⁷. Pour les médicaments non prescrits et non remboursés, la proportion atteint 66,1 % des répondants, également pour un montant moyen de 159,50 € par an⁴⁸. Sachant que les personnes les plus modestes sont davantage concernées par les maladies chroniques [...]⁴⁹, les RACI peuvent avoir comme conséquence de leur faire renoncer aux soins ou de les repousser au risque de voir leurs problèmes de santé s'aggraver.

« En complément de la C2S, je paie tous les mois 50 €/mois de médicaments. Il y a eu un doublement de ces dépenses depuis l'année dernière. Le reste à charge est plus conséquent. »

Bénéficiaire de la C2S avec participation, en ALD

Il explique le détail de ses dépenses mensuelles incompressibles pour des soins prescrits médicalement mais non remboursés car sa pathologie ne figure pas dans les listes ouvrant droit à prise en charge.

« Alors moi je vais te montrer un exemple... ça s'appelle de la paraffine liquide, 1 L, ça vaut 15 €. Ma mutuelle me la remboursait, la C2S ne la prend pas en charge. Donc ça, c'est tous les mois. C'est pris comme du confort. [...] Je ne suis pas dans la liste des maladies qui font que ça rentre. J'ai encore un petit dispositif dont j'ai besoin pour me soigner, ça vaut 15 € par mois. C'est sur prescription, mais ma pathologie n'est pas listée. Je fais le calcul, tout cumulé, ça fait le prix d'une mutuelle en fait, avec la participation. »

Bénéficiaire de la C2S avec participation, en ALD

Ces témoignages révèlent que pour certaines pathologies chroniques, les dépenses mensuelles incompressibles peuvent atteindre le montant d'une cotisation de mutuelle complémentaire, questionnant l'efficacité réelle du dispositif C2S pour ces situations spécifiques. Pour les personnes en ALD, la prise en charge à 100 % des soins liés à la pathologie reconnue s'avère souvent plus intéressante que la couverture offerte par la C2S elle-même. Cette situation crée un paradoxe : pour les personnes dont les revenus se situent juste au-dessus des plafonds de la C2S et qui subissent un effet de seuil, l'ALD devient la principale solution de recours mobilisée pour maximiser la prise en charge de leurs soins et éviter de devoir souscrire une complémentaire santé individuelle coûteuse. L'ALD apparaît ainsi comme le véritable dispositif de protection pour ces personnes, palliant les limites structurelles du panier de soins de la C2S qui ne satisfait pas pleinement les besoins des bénéficiaires atteints de pathologies chroniques.

⁴⁷ France Assos Santé. (2024). Enquête nationale sur les restes à charge invisibles (RACI) chez les personnes vivant avec une maladie chronique et/ou un handicap et/ou une perte d'autonomie, p. 7.

⁴⁸ Ibid., p. 7.

⁴⁹ Selon Insee. (novembre 2025). France, portrait social – Édition 2025, Fiche « Pauvreté monétaire » : « entre 2016 et 2017, les 10 % de personnes ayant le niveau de vie le plus bas ont plus souvent développé une maladie chronique que les 10 % les plus aisées : 2,8 fois plus de diabète, 2,2 fois plus de maladies du foie ou du pancréas, 2,0 fois plus de maladies psychiatriques, 1,6 fois plus de maladies respiratoires chroniques, 1,5 fois plus de maladies neurologiques ou dégénératives et 1,4 fois plus de maladies cardio-neuro-vasculaires ».

Les inquiétudes face aux réformes des ALD

Les projets de réforme des ALD évoqués dans les débats parlementaires suscitent une inquiétude légitime parmi les personnes concernées. Le resserrement des critères de prise en charge inquiète particulièrement ceux qui cumulent déjà des restes à charge importants.

« Déjà qu'on n'a pas accès à la C2S, et qu'on paie une mutuelle, si en plus on réduit les ALD... »

Personne en invalidité, au-dessus du seuil de la C2S

« Moi ce qui me fait peur surtout c'est le fait que maintenant il faut que le médecin il justifie le lien avec l'ALD. Demain je chope la grippe, vu ma santé et les symptômes que j'ai, on n'est pas sûr qu'on le remarquerait. Beaucoup tousser va me déclencher des migraines, ma maladie est liée à ces douleurs-là, ça peut me déclencher des crises atroces. »

Bénéficiaire de la C2S avec ALD

Le déremboursement de certains médicaments aggrave encore la situation, créant parfois des impasses thérapeutiques.

« Ça ne nous plaît pas de prendre des médicaments. Je suis les débats sur les ALD, et beaucoup de choses ne sont plus prises en compte, ça va nous peser. Des choses vont passer à la trappe. Il faut être vigilant sur le déremboursement de médicaments. Plusieurs traitements catégorisés comme « de confort » représentent un besoin pour certaines personnes. Ça pourrait mener à des aggravations des situations. »

Bénéficiaire en ALD, au-dessus du seuil de la C2S

Ces inquiétudes ne sont pas infondées : la distinction administrative entre soins « essentiels » et soins « de confort » ne correspond pas toujours à la réalité vécue par les patients atteints de pathologies chroniques.

Renoncement et retard aux soins : un coût sanitaire et économique

Face au reste à charge, trois stratégies se dessinent : le renoncement pur et simple, le report des soins dans l'espoir d'une amélioration budgétaire, ou l'acceptation de la dépense au prix d'arbitrages douloureux. Toutes trois ont des conséquences sanitaires graves et génèrent paradoxalement des coûts supérieurs pour le système de santé.

Le cas d'une mère de famille monoparentale illustre les conséquences du renoncement.

« 17,50 € le médicament pour la toux, on peut croire que ce n'est rien, ça aurait été au début du mois à la limite, mais 17,50 le 20, je ne les ai pas. J'ai dit bah je ne peux pas, je ne les ai pas les sous. Conclusion, ma gamine, elle a quand même eu une pneumonie, elle a fini à l'hôpital. On a fait 4 passages aux urgences. Imagine la culpabilité derrière que je ressens. »

Mère de famille monoparentale, bénéficiaire de la C2S pour elle et sa fille

Ce témoignage illustre un paradoxe pour notre système économique : un renoncement aux soins de 17,50 € a entraîné une hospitalisation et quatre passages aux urgences, générant des coûts bien supérieurs pour l'Assurance Maladie. D'autres retardent les soins, connaissant à l'avance le reste à charge qu'ils devront assumer. Ce report a des conséquences concrètes sur l'autonomie et la qualité de vie.

« J'ai des verres progressifs à faire, mais malheureusement je n'ai pas pris rendez-vous du tout car je sais que je vais payer un supplément. L'année dernière j'ai payé 288 € de ma poche. Donc je retarde le rendez-vous. Les verres photochromatiques ne sont pas pris en charge dans l'ALD. Sans ces verres, je ne peux pas sortir. Je conduis la journée mais pas la nuit, ça pose problème. »

Personne en invalidité avec ALD, au-dessus du seuil de la C2S

« J'ai refait mes lunettes il n'y a pas très longtemps, j'ai eu 70 € de verres et une centaine d'euros pour la monture. J'ai fait le choix de pas avoir des lunettes moches en fait. C'est pour ça aussi que je pensais y retourner à la mutuelle individuelle très clairement, parce que s'il faut qu'à chaque fois je paye comme ça pour avoir des lunettes qui me conviennent. »

Bénéficiaire de la C2S avec participation, en ALD

L'optique constitue un poste de renoncement majeur. Le CNLE salue toutefois les avancées permises par le dispositif 100 % santé : les appareils auditifs, les prothèses dentaires et les lunettes de vue des paniers de soins 100 % santé sont intégralement pris en charge par l'Assurance maladie et la C2S, avec un panier de soins dentaires plus large pour les bénéficiaires de la C2S⁵⁰. Ces garanties représentent une réelle amélioration de l'accès aux soins pour les personnes aux revenus modestes.

« Pour ma part la C2S a rendu le parcours plus accessible. Entre lunettes et appareils dentaires des enfants, je suis bien heureuse d'avoir la C2S. Aujourd'hui nous avons un large choix de lunettes prises en charge par la C2S. Certains traitements spécifiques ne sont pas pris en charge mais encore une fois, les lunettes « basiques » sont accessibles. »

Personne bénéficiaire de la C2S

Au-delà de ces progrès, se pose néanmoins la question de la qualité des équipements proposés dans le panier C2S et de leur caractère potentiellement stigmatisant. Le panier de soins C2S, s'il permet un accès minimal, ne garantit pas toujours une offre digne et non stigmatisante, malgré des améliorations constatées ces dernières années. Cette question de la qualité des équipements n'est pas accessoire : elle participe de la dignité des personnes et de leur inclusion sociale. Le choix contraint d'équipements visiblement « bas de gamme » constitue une forme de marquage social qui renforce la stigmatisation. Dans un magasin d'optique, les lunettes destinées aux bénéficiaires du 100 % santé sont souvent exposées à part des autres montures, dans un coin reculé du magasin renforçant le sentiment d'exclusion des personnes concernées.

→ PROPOSITION 10 (RECONDUCTION 2024) : RENFORCER L'OFFRE DE SOINS ET AUGMENTER LE CHOIX D'EQUIPEMENTS, NOTAMMENT POUR L'OPTIQUE, LE DENTAIRE OU L'AUDITIF, AFIN DE MIEUX REPENDRE AUX BESOINS DES USAGERS SANS LES STIGMATISER ET POUR LEUR PERMETTRE DE BENEFICIER D'UNE OFFRE PLUS DURABLE.

Le reste à charge n'est donc pas un concept abstrait : c'est une violence quotidienne qui génère renoncements aux soins, culpabilité, angoisse et aggravation des pathologies. Dans un contexte où les dépenses de santé augmentent tandis que les revenus stagnent, la protection des personnes les plus vulnérables doit être renforcée, et non affaiblie.

D. Des dépassements d'honoraires qui menacent l'accès aux soins

Si les bénéficiaires de la C2S sont théoriquement protégés contre les dépassements d'honoraires, cette protection reste fragile dans un contexte de dérive structurelle du secteur 2. Le rapport parlementaire sur les dépassements d'honoraires publié en octobre 2025 par les députés Yves Monnet et Jean-François Rousset tire la sonnette d'alarme : le montant total des dépassements d'honoraires atteint 4,5 milliards d'euros en 2024, en forte accélération depuis 2019 (+ 5 % par an en valeur réelle)⁵¹. Plus inquiétant encore, près de trois quarts des primo-installations de médecins spécialistes se font désormais en secteur 2 : parmi les médecins nouvellement installés hors généralistes, 74 % ont choisi le secteur 2 en 2024, contre 64 % en 2017 et 37 % en 2000⁵².

Pour les bénéficiaires de la C2S, cette dérive entraîne des conséquences indirectes mais réelles. Même si l'interdiction des dépassements s'applique théoriquement, certains médecins peuvent être tentés de refuser des patients C2S ou de limiter leur patientèle issue de ce dispositif.

⁵⁰ Direction de la Sécurité Sociale. (2025). Rapport annuel 2025 de la Complémentaire santé solidaire (C2S), p. 11.

⁵¹ Yves Monnet et Jean-François Rousset. (octobre 2025). Les dépassements d'honoraires : 10 propositions pour en sortir, rapport parlementaire.

⁵² Ibid.

- Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), dans son rapport d'octobre 2025 sur les dépassements d'honoraires, souligne que « le principe de l'assurance maladie obligatoire est de faire en sorte que l'accès aux soins dépende des besoins et non de la capacité à payer » et constate que « le fait que l'accès à certains soins, explorations diagnostiques, interventions thérapeutiques, soit aujourd'hui conditionné par les possibilités financières des patients est contraire à ce principe »⁵³.
- L'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) souligne que les dépassements d'honoraires peuvent « potentiellement alourdir significativement les restes à charge, notamment pour ceux ayant une faible couverture complémentaire et de faibles ressources financières.⁵⁴ »

« Le médecin qui me suivait à l'hôpital m'a demandé de consulter en urgence un confrère pour un deuxième avis. Il s'agissait d'une spécialité extrêmement rare dans ma région. Quand j'ai trouvé un rendez-vous avec ce spécialiste de qui dépendait la rapidité de mon hospitalisation, je n'ai pas eu le cœur de lui dire qu'il était obligé de me prendre sans dépassement d'honoraire. Je voulais être sûr que j'allais bien pouvoir avoir cette consultation. »

Bénéficiaire de la C2S, en ALD

Ce témoignage révèle une réalité souvent occultée : la crainte de voir sa demande de soins refusée conduit certains bénéficiaires à ne pas faire valoir leurs droits, acceptant ainsi des dépassements qu'ils ne devraient pas payer.

Le rapport parlementaire propose de rendre obligatoire l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) pour toute nouvelle inscription en secteur 2, afin d'encadrer les dépassements et d'imposer des contreparties. Le CNLE reprend cette logique en la renforçant : il apparaît désormais nécessaire de fermer l'accès au secteur 2 pour les nouveaux médecins, afin que l'installation se fasse uniquement dans un cadre tarifaire maîtrisé (secteur 1 ou OPTAM). Cette orientation répond directement à l'urgence identifiée par les parlementaires : enrayer la progression incontrôlée des dépassements et préserver l'équité d'accès aux soins pour l'ensemble de la population.

Le CNLE prend acte des dispositions du PLFSS 2026, adopté le 17 décembre 2025, qui permettent au Gouvernement de réguler les tarifs des professionnels de santé « lorsqu'une rentabilité excessive est documentée », constituant ainsi un levier complémentaire pour lutter contre les rentes excessives⁵⁵.

→ PROPOSITION 11 (RECONDUCTION 2024) : FERMER L'ACCES AU SECTEUR 2 POUR LES NOUVEAUX MEDECINS, AFIN D'ENRAYER LA DERIVE STRUCTURELLE DES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES ET PRESERVER L'ACCES EQUITABLE AUX SOINS, EN NE LAISSANT LE CHOIX QU'ENTRE LE SECTEUR 1 ET L'OPTAM.

⁵³ Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM). (octobre 2025). Les dépassements d'honoraires des médecins : état des lieux, p. 101.

⁵⁴ Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES). (octobre 2025). Les dépassements d'honoraires : Pratiques des médecins, part dans leurs revenus et impacts pour les patients, p. 7.

⁵⁵ Ministère de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. . (17 décembre, 2025). PLFSS 2026 : des mesures structurantes pour renforcer la prévention, les soins et l'accompagnement. Sante.gouv.fr ; Gouvernement. (2025). Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026.

III. L'ACCES AUX SOINS : DES GARANTIES FORMELLES A L'ÉPREUVE DU TERRAIN

Si la C2S offre des garanties formelles fortes pour faciliter l'accès aux soins — tiers-payant intégral, interdiction des dépassements d'honoraires, panier de soins élargi — leur effectivité sur le terrain demeure inégale. Le tiers-payant intégral affiche des résultats satisfaisants qu'il convient de saluer et de consolider. En revanche, les plaintes pour refus de soins révèlent les limites structurelles de la procédure de recours. Par ailleurs, les déserts médicaux et l'absence de médecin traitant créent des obstacles structurels à l'accès aux soins qui affectent particulièrement les bénéficiaires de la C2S.

A. Le tiers-payant intégral : un dispositif efficace à conforter

Le tiers-payant intégral constitue une garantie essentielle de la C2S : il permet aux bénéficiaires de ne pas avancer de frais lors de leurs consultations médicales. Le rapport annuel de la C2S 2025 indique un taux de tiers-payant intégral de 99,4 % sur les actes réalisés au profit des bénéficiaires C2S au deuxième trimestre 2024, contre 90 % pour l'ensemble des patients⁵⁶. Ce taux très élevé témoigne d'une application satisfaisante du dispositif et d'une appropriation effective par les professionnels de santé, qu'il convient de saluer.

Les chirurgiens-dentistes affichent un taux de 98,8 %, tandis que les médecins spécialistes se situent à 98 %⁵⁷. Ces résultats positifs, proches de l'application universelle, démontrent que le tiers-payant intégral constitue un acquis solide de la C2S qui facilite concrètement l'accès aux soins des bénéficiaires.

B. Les refus de soins : une procédure de recours inadaptée qui appelle une réforme

En 2024, 290 plaintes pour refus de soins discriminatoires ont été déposées auprès d'une caisse d'assurance maladie ou d'un conseil départemental d'ordre professionnel, contre 281 en 2023. Dans près de deux tiers des cas, les plaintes émanent de bénéficiaires de la C2S (168 plaintes) ou de l'AME (17 plaintes)⁵⁸.

Ces chiffres ne reflètent certainement pas la réalité du phénomène. Des travaux menés dans le cadre du CNLE ont révélé que certaines personnes ne sont pas en capacité de faire des recours. Un travail réalisé dans la région Auvergne-Rhône-Alpes avec France Assos Santé et l'ARS a montré un écart significatif entre les chiffres officiels et la réalité des refus de soins constatés sur le terrain.

Une procédure inadaptée dès ses fondements

Depuis la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, une voie de recours spécifique aux refus de soins discriminatoires a été mise en place. L'article L.1110-3 du code de la santé publique prévoit une procédure en deux étapes : une conciliation organisée sous la supervision d'une « commission mixte de conciliation », et, en cas d'échec, l'exercice d'un recours juridictionnel par la saisine de la juridiction ordinaire. L'ensemble de cette procédure est encadré dans des délais stricts : la conciliation doit intervenir dans un délai maximum de trois mois suivant la réception de la plainte ; en cas d'échec, la juridiction ordinaire doit être saisie dans un délai de trois mois suivant la séance de conciliation.

Cependant, cette procédure présente des obstacles majeurs à son utilisation effective. La conciliation implique soit une confrontation directe entre le patient et le professionnel de santé mis en cause, soit la représentation par une association agréée⁵⁹. Cette exigence constitue un frein considérable pour les personnes les plus vulnérables. Le Défenseur des droits, dans son rapport d'avril 2025 sur les discriminations dans le parcours de soins, souligne l'importance d'améliorer l'accompagnement et la représentation des victimes de refus de soins, en particulier dans la phase de conciliation⁶⁰.

Une procédure de conciliation inadaptée et contre-productive

La procédure de conciliation elle-même repose sur un présupposé problématique. Comme l'indique le site de la C2S, elle vise notamment à « permettre au professionnel de santé de réaliser que sa pratique est illégale et que celle-ci peut l'exposer à une sanction disciplinaire »⁶¹. Cette approche suppose une confrontation directe entre la victime et

⁵⁶ Direction de la Sécurité Sociale. (2025). Rapport annuel 2025 de la Complémentaire santé solidaire (C2S), p. 18.

⁵⁷ Ibid.

⁵⁸ Ibid., p. 21.

⁵⁹ Complémentaire santé solidaire. « Vous êtes victime d'un refus de soins discriminatoire ».

⁶⁰ Défenseur des droits. (2025). Rapport - prévenir les discriminations dans les parcours de soins : un enjeu d'égalité.

⁶¹ Complémentaire santé solidaire. « Vous êtes victime d'un refus de soins discriminatoire ».

l'auteur du refus de soins, dans l'objectif de « faire prendre conscience » au professionnel du caractère discriminatoire de son comportement. Pour des personnes déjà fragilisées par un refus de soins, cette démarche constitue un obstacle insurmontable. Cette logique de confrontation devient encore plus problématique dans les territoires en pénurie médicale. Lorsqu'un patient bénéficiaire de la C2S se trouve dans un territoire où l'offre de soins est déjà très limitée, engager une procédure de conciliation contre l'un des rares professionnels disponibles revient à compromettre ses chances d'accès futur aux soins. Cette situation dissuade *de facto* les victimes d'exercer leurs droits, rendant la procédure encore plus inefficace dans les zones qui en auraient le plus besoin.

Bien que la possibilité de se faire représenter par une association agréée existe, celle-ci demeure peu connue et difficile à mettre en œuvre, et ne résout en rien le problème de fond : la crainte de représailles dans l'accès aux soins sur un territoire déjà fragilisé.

Le Défenseur des droits recommande notamment de modifier la composition de la commission mixte définie à l'article R.1110-9 du code de la santé publique, en vue de prévoir l'intégration de deux représentants d'associations de patients agréées⁶². Il recommande également de concevoir des formations à destination des représentants des usagers de santé portant sur l'accompagnement des victimes dans le cadre de cette procédure⁶³. Il insiste enfin sur la nécessité de faciliter l'exercice des recours juridictionnels, notamment en construisant des supports de communication à destination des patients portant sur l'interdiction de la discrimination et précisant l'ensemble des voies de recours ouvertes, et en facilitant le dépôt de plainte devant les ordres professionnels et l'assurance maladie, notamment en proposant un modèle de plainte.

PROPOSITION 12 : REFORMER EN PROFONDEUR LA PROCEDURE DE RECOURS POUR REFUS DE SOINS DISCRIMINATOIRES EN :

- (1) RENDANT L'INFORMATION ACCESSIBLE ET VISIBLE SUR LE SITE DE LA C2S ET LES SITES DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE ;**
- (2) SIMPLIFIANT LE FORMULAIRE DE SIGNALEMENT ET LA DEMARCHE DE DEPOT DE PLAINTE ;**
- (3) SUPPRIMANT L'OBLIGATION DE CONFRONTATION DIRECTE AVEC LE PROFESSIONNEL MIS EN CAUSE EN RENFORÇANT SYSTEMATIQUEMENT L'ACCOMPAGNEMENT ET LA REPRESENTATION DES VICTIMES PAR DES ASSOCIATIONS AGREEES ;**
- (4) MODIFIANT LA COMPOSITION DE LA COMMISSION MIXTE DE CONCILIATION POUR Y INTEGRER DES REPRESENTANTS D'ASSOCIATIONS DE PATIENTS AGREEES.**

C. Déserts médicaux et médecin traitant : des inégalités territoriales structurelles

La proposition de loi Garot : une réponse nécessaire mais en attente

Le 7 mai 2025, l'Assemblée nationale a adopté en première lecture la proposition de loi déposée par le député Guillaume Garot dont l'article 1^{er} permet de flécher l'installation des médecins généralistes et spécialistes libéraux et salariés vers les zones où l'offre de soins est insuffisante⁶⁴. Cette proposition crée une autorisation d'installation des médecins, délivrée par l'agence régionale de santé. En zone sous-dotée, l'autorisation serait délivrée de droit pour toute nouvelle installation.

La proposition prévoit également de supprimer la majoration du ticket modérateur pour les patients qui n'arrivent pas à désigner un médecin traitant. Près de six millions de Français, dont 600 000 patients atteints d'ALD, n'ont pas actuellement de médecin traitant⁶⁵. Cette mesure mettrait fin à une « double peine » pour les habitants des déserts médicaux⁶⁶.

Adoptée par l'Assemblée nationale le 17 septembre 2025, cette proposition n'est cependant toujours pas inscrite à l'ordre du jour du Sénat. Les déserts médicaux posent également la question des dépassements d'honoraires : le rapport parlementaire Monnet-Rousset d'octobre 2025 souligne la progression rapide de ces dépassements et les fortes inégalités territoriales dans l'accès aux soins.

⁶² Défenseur des droits. (2025). Rapport - prévenir les discriminations dans les parcours de soins : un enjeu d'égalité, p. 53.

⁶³ Ibid.

⁶⁴ Assemblée nationale. (2025). Proposition de loi n°966 visant à lutter contre les déserts médicaux, d'initiative transpartisane.

⁶⁵ Vie Publique. (2025). Proposition de loi visant à lutter contre les déserts médicaux, d'initiative transpartisane.

⁶⁶ Ibid.

Dans ce contexte, le PLFSS 2026 (article 60) prévoit des mesures complémentaires : création d'un statut de praticien territorial de médecine ambulatoire, soutien au maillage officinal en zones rurales et renforcement de la formation médicale en territoires sous-dotés⁶⁷.

→ **PROPOSITION 13 (RECONDUCTION 2024, REFORMULEE POUR AVIS 2025) : INSTAURER UN CONVENTIONNEMENT TERRITORIAL DES MEDECINS, AFIN DE LIMITER LES INSTALLATIONS EN ZONES SURDOTEES ET DE RENFORCER L'OFFRE EN SECTEUR 1 DANS LES TERRITOIRES SOUS-DOTES.**

L'absence de médecin traitant : une rupture du parcours de soins

L'absence de médecin traitant crée des discontinuités majeures dans le parcours de soins. Cette situation a un impact préjudiciable sur le suivi médical, notamment pour les personnes atteintes de pathologies chroniques nécessitant un suivi régulier.

Des échanges menés lors des travaux du CNLE ont révélé, selon un médecin généraliste, que certains médecins reçoivent de nouveaux patients mais refusent de devenir leur médecin traitant, justifiant ce refus par la charge de travail. Cette situation est d'autant plus dommageable que les personnes concernées par l'absence de médecin traitant sont souvent celles qui en ont le plus besoin : personnes en ALD, atteintes de maladies chroniques, ou présentant d'autres pathologies particulières nécessitant un réel suivi dans le temps et une prévention adaptée.

Les échanges avec les groupes d'appui du CNLE ont révélé que dans les territoires en pénurie de médecins, le choix du médecin d'accueillir de nouveaux patients pour compléter sa patientèle se fait plus souvent au détriment des patients bénéficiaires de la C2S. Cette discrimination indirecte aggrave les inégalités d'accès aux soins pour les populations les plus précaires.

D. Les initiatives territoriales : des actions positives mais insuffisamment connues

Face aux difficultés d'accès aux soins, de nombreuses initiatives territoriales ont émergé, portées par les ARS, les départements, les communes et les associations. Le rapport annuel de la C2S 2025 témoigne du développement des Missions d'Accompagnement Santé (MISAS) qui ont réalisé 231 522 accompagnements en 2024⁶⁸. L'Assurance maladie a par ailleurs déployé plusieurs dispositifs facilitant l'accès aux soins :

- l'activité physique adaptée sur prescription dans les *Maisons Sport-Santé*⁶⁹ ;
- *Mon parcours psy*⁷⁰ permettant 12 séances gratuites par an ;
- la *Mission retrouve ton cap*⁷¹ offrant une prise en charge pluridisciplinaire intégrale pour les enfants en surpoids.

Sur le plan de l'offre de soins, certains territoires ont développé des solutions pour pallier les déserts médicaux. Des retours de terrain font état de bus médicaux (« médicobus ») itinérants permettant d'assurer des consultations dans les zones rurales isolées⁷². D'autres initiatives incluent des permanences mobiles, des consultations avancées, ou encore des partenariats entre centres de santé et structures associatives pour aller vers les publics les plus éloignés. A l'issue de la crise sanitaire, le Grenelle de la santé a décidé de financer le développement de projets « d'allers vers » et dispositifs destinés aux personnes les plus précaires. Ces mesures ont été inscrites dans la stratégie de lutte contre la pauvreté puis reconduites dans le Pacte de solidarité. Le CNLE forme le souhait que les financements en 2026 et les années suivantes permettent d'une part de « sanctuariser » les dispositifs mis en place et d'autre part accompagnent la montée en charge de certains projets innovants.

« On est content d'avoir quelque chose dans le village, quand on est en ALD. La C2S ne sert que si on peut accéder aux soins, à un médecin traitant, à une pharmacie etc. Imaginez avant

⁶⁷ Ministère de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. (17 décembre, 2025). PLFSS 2026 : des mesures structurantes pour renforcer la prévention, les soins et l'accompagnement. Sante.gouv.fr ; Gouvernement. (2025). Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026, article 60.

⁶⁸ Direction de la Sécurité Sociale. (2025). Rapport annuel 2025 de la Complémentaire santé solidaire (C2S), p. 41.

⁶⁹ Ministère des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques. (2024). Maisons Sport-Santé.

⁷⁰ Gouvernement. (2025). Mon soutien psy : 12 séances remboursées par an.

⁷¹ Assurance Maladie. (2025). Mission « Retrouve ton cap » : prévention de l'obésité infantile.

⁷² Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. (2024). Le médicobus : une démarche « d'aller vers » les patients éloignés des soins dans les territoires ruraux.

quand il n'y avait rien. Aujourd'hui même si le médecin est un retraité qui a repris du service, j'espère que cela va perdurer. »

Usager ayant expérimenté le médicobus

« N'ayant pas pu trouver de médecin traitant sur [ville] depuis bientôt un an, j'ai gardé mon médecin traitant et tout mon dossier médical à [autre ville]. [...] Alors, j'appelle le 15 quand j'ai besoin d'être pris en charge par un médecin. [...] Le Médicobus dans [le territoire] offre la possibilité de rencontrer un médecin et/ou une infirmière une fois tous les quinze jours. »

Jeune de 25 ans

Ces témoignages illustrent que ces dispositifs mobiles sont vécus comme une avancée indispensable, mais souffrent, cependant, d'un déficit majeur de visibilité. Les informations sur leur existence et leurs modalités d'accès restent difficiles à trouver pour les usagers. Il est rapporté par un travailleur social qu'un dispositif de soins a été annoncé uniquement sur le site internet de l'ARS, rendant l'information quasi inaccessible aux personnes les plus concernées qui ne consultent pas naturellement ce type de plateforme.

Un déficit d'information sur l'offre de soins territoriale

Le CNLE constate qu'il n'existe pas de relais informationnel efficace permettant aux bénéficiaires de la C2S de connaître les dispositifs d'accompagnement et l'offre de soins disponibles sur leur territoire. Les personnes en situation de précarité se retrouvent dans l'incapacité de mobiliser des ressources existantes faute d'en connaître l'existence.

Les MISAS, qui jouent un rôle essentiel dans l'accompagnement à l'ouverture des droits, pourraient constituer ce relais naturel. Lors des échanges sur l'ouverture de droits à la C2S, les professionnels des MISAS pourraient informer les bénéficiaires sur les ressources locales disponibles : bus médicaux, permanences d'accès aux soins, centres de santé, dispositifs d'accompagnement associatifs, structures d'aller-vers existantes sur le territoire.

→ PROPOSITION 14 : INTEGRER DANS LES MISSIONS DES MISAS UN ROLE D'INFORMATION SUR LES DISPOSITIFS TERRITORIAUX D'ACCES AUX SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT DISPONIBLES LOCALEMENT, AFIN QUE LES BENEFICIAIRES DE LA C2S PUISSENT CONNAITRE ET MOBILISER LES RESSOURCES EXISTANTES SUR LEUR TERRITOIRE.

E. Les centres de santé : un modèle à consolider

Les centres de santé constituent un modèle essentiel pour garantir l'accès aux soins des populations précaires. Ces structures, qui prennent en compte la parole des usagers et proposent une offre de soins sans dépassements d'honoraires avec tiers-payant intégral, représentent une alternative aux difficultés d'accès aux soins en secteur libéral.

Lors de la réunion plénière du CNLE, l'attachement au modèle des centres de santé a été fortement réaffirmé, notamment face aux annonces gouvernementales sur la labellisation « Maison France Santé » Le PLFSS 2026, adopté le 17 décembre 2025, prévoit le déploiement de 5 000 Maisons France Santé d'ici 2027, avec une enveloppe de 130 millions d'euros en 2026 pour améliorer l'accès aux soins et l'accompagnement des assurés sur l'ensemble du territoire, en particulier dans les zones les plus fragiles⁷³. Le CNLE appelle à ce que ces nouvelles structures garantissent les mêmes principes d'accessibilité que les centres de santé : absence de dépassements d'honoraires et tiers-payant intégral.

Cependant, ces structures rencontrent des difficultés de financement qui menacent leur pérennité. L'accord national entre la CPAM et les centres de santé prévoit déjà un financement forfaitaire pérenne pour le recrutement d'assistants médicaux, conditionné à des engagements sur l'augmentation de la patientèle et l'amélioration de l'accès aux soins⁷⁴. Le CNLE propose d'élargir cette logique au fonctionnement global de l'équipe traitante, afin de consolider le modèle

⁷³ Ministère de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. (17 décembre, 2025). PLFSS 2026 : des mesures structurantes pour renforcer la prévention, les soins et l'accompagnement. Sante.gouv.fr ; Gouvernement. (2025). Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026, article 63.

⁷⁴ Journal Officiel de la République Française (JORF). (15 octobre 2025). Avis relatif à l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'Assurance maladie.

non lucratif des centres de santé et de garantir une prise en charge coordonnée, accessible et sans dépassements d'honoraires.

→ **PROPOSITION 15 (RECONDUCTION 2024, REFORMULEE POUR AVIS 2025) : PERMETTRE AUX CENTRES DE SANTE NON LUCRATIFS DE BENEFICIER D'UN FINANCEMENT FORFAITAIRE PERENNE, ELARGI AU FONCTIONNEMENT DE L'EQUIPE TRAITANTE, SUR LE MODELE DES AIDES DEJA PREVUES POUR LE RECRUTEMENT D'ASSISTANTS MEDICAUX.**

→ **PROPOSITION 16 (RECONDUCTION 2024) : PERMETTRE AUX CENTRES DE SANTE NON LUCRATIFS DE DISPOSER D'UNE DOTATION A LA PATIENTELE QUI SERAIT UNE DOTATION GLOBALE EN FONCTIONNEMENT, CALCULEE ANNUELLEMENT SUR LA BASE DE LA TYPOLOGIE DE LA PATIENTELE REÇUE ET DES SERVICES PROPOSES PAR LE CENTRE DE SANTE.**

L'accès aux soins des bénéficiaires de la C2S reste marqué par un décalage entre les garanties formelles du dispositif et leur effectivité sur le terrain. Les limites de la procédure de recours, les déserts médicaux, l'absence de médecin traitant et la fragilité du modèle économique des centres de santé constituent autant d'obstacles structurels qui nécessitent des réponses politiques fortes et coordonnées.

IV. L'OUTRE-MER : DES TERRITOIRES OUBLIÉS DES POLITIQUES PUBLIQUES

Les départements et régions d'Outre-mer (DROM) présentent des taux de bénéficiaires de la C2S plus élevés qu'en métropole : 25 % en Martinique, 30 % en Guadeloupe, 34 % en Guyane, 43 % à La Réunion et 24 % à Mayotte⁷⁵. À titre d'exemple, en métropole, la part la plus élevée de bénéficiaires de la C2S par rapport à la population correspond à la Seine-Saint-Denis avec 20 %. Ces chiffres témoignent d'une précarité structurelle qui nécessiterait une attention particulière de la part des pouvoirs publics.

Pourtant, l'étude sur le non-recours en DROM demandée par le CNLE en 2024 n'a pas été financée, privant ainsi ces territoires d'une analyse indispensable à la compréhension des obstacles spécifiques à l'accès aux droits. Cette absence de données s'ajoute à des vulnérabilités cumulées : précarité économique, démographie médicale défavorable, isolement géographique, et moyens des administrations locales particulièrement fragilisés.

→ PROPOSITION 17 (RECONDUCTION 2024) : EN REPONSE AUX DONNEES LACUNAIRES DONT ON DISPOSE POUR APPREHENDER LE PHENOMENE DE NON-RECOURS A LA C2S EN OUTRE-MER, LE CNLE DEMANDE LE FINANCEMENT D'UNE ETUDE DEDIEE.

La situation à Mayotte illustre le cumul des vulnérabilités. Après le passage du cyclone Chido, la mise en place du renouvellement automatique des droits à la C2S constitue une mesure d'urgence bienvenue. Toutefois, avec les infrastructures détruites et les sous-effectifs chroniques qui caractérisent ce territoire, des actions structurelles supplémentaires sont nécessaires pour garantir un accès effectif aux soins et aux droits sociaux au-delà de la réponse immédiate à la catastrophe.

Par ailleurs, le tableau de garanties de la C2S 2025⁷⁶ présente des inexactitudes concernant les DROM. Comme l'ont signalé des acteurs de terrain, notamment Médecins du Monde, le tableau indique un prix de consultation de médecine générale erroné pour ces territoires : 30 € comme en métropole, alors que la consultation s'élève à 36 € dans les DROM. Cette erreur, bien que technique, révèle un manque d'attention aux spécificités ultramarines.

L'Outre-mer ne peut rester l'angle mort des politiques publiques. Les taux de bénéficiaires de la C2S y sont près de deux fois supérieurs à la métropole, mais les moyens de suivi, d'évaluation et d'accompagnement y sont largement insuffisants. Sans données précises, sans adaptation des dispositifs aux réalités locales, et sans moyens renforcés, les populations ultramarines resteront les grandes oubliées de la protection santé.

⁷⁵ Direction de la Sécurité Sociale. (2025). Rapport annuel 2025 de la Complémentaire santé solidaire (C2S), p. 29.

⁷⁶ Direction de la Sécurité Sociale. (2025). Tableau de garanties de la Complémentaire santé solidaire.

CONCLUSION

En conclusion, le CNLE apporte la confirmation s'il en était besoin à l'appui des nombreux témoignages recueillis à l'occasion de la rédaction de cet avis de l'importance que revêt pour les personnes précaires ce dispositif pour accéder gratuitement ou à moindre coût à une couverture maladie. Le CNLE reconnaît l'ambition intacte des pouvoirs publics d'améliorer l'accès aux soins pour les plus précaires. Le Conseil salue les moyens déployés pour faire connaître la C2S auprès des publics cibles et des évolutions et mesures de simplification apportées pour améliorer le recours à ce dispositif. Les résultats obtenus bien que notables restent pour l'instant limités.

A cet effet, le CNLE réclame la gratuité de la C2S pour tous et un relèvement du seuil à hauteur du taux de pauvreté monétaire actuel, ce qui permettrait à des retraités pauvres, des travailleurs indépendants en particulier qui ne bénéficient actuellement d'aucune couverture maladie d'accéder aux soins. Dans un contexte d'accroissement des inégalités en santé comme l'a rappelé santé publique France dans sa dernière enquête qui fait écho au creusement des écarts de revenus entre les plus riches et les plus pauvres, la C2S est un levier efficace pour faire accéder aux soins les plus précaires mais pour répondre aux inégalités territoriales, à la prévalence de certaines maladies chroniques qui touchent particulièrement cette population, le CNLE suggère une approche globale, qui fasse l'objet de la mise en cohérence dans le cadre d'une stratégie pour la santé des précaires des différentes actions et dispositifs de prévention et d'accès aux soins qui fait actuellement défaut car les dispositions sont pilotés en silo. Cette stratégie doit être conçue, au-delà du périmètre du médico-social et du sanitaire en intégrant le logement, l'écologie, l'éducation. Cette approche permettrait d'apporter des réponses adaptées aux besoins spécifiques des personnes les plus précaires.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Sources législatives et réglementaires

- Assemblée nationale. (2025). Proposition de loi n°966 visant à lutter contre les déserts médicaux, d'initiative transpartisane.
- Gouvernement. (2025). Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026.
- Journal Officiel de la République Française (JORF). (31 décembre, 2019). Arrêté du 27 décembre 2019 fixant les montants maximaux des tarifs des contrats proposés aux personnes dont le droit à la protection complémentaire en matière de santé arrive à expiration.
- Journal Officiel de la République Française (JORF). (15 octobre 2025). Avis relatif à l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'Assurance maladie.
- Monnet, Y. et Rousset, J.-F. (octobre 2025). Les dépassements d'honoraires : 10 propositions pour en sortir, rapport parlementaire.

Rapports institutionnels

- ASDO étude, Drees, DSS. (2024). Étude sur le rapport des étudiants à la santé, à la couverture santé et à la Complémentaire santé solidaire.
- Blasco, J., Cabannes, P.-Y., & Echegu, O. (dir.), Drees. (2025). Minima sociaux et prestations de solidarité : Ménages aux revenus modestes et redistribution – Édition 2025. Fiche 35 : La complémentaire santé solidaire.
- Défenseur des droits. (2025). Prévenir les discriminations dans les parcours de soins : un enjeu d'égalité.
- Direction de la Sécurité Sociale. (2021). Rapport annuel 2021 de la Complémentaire santé solidaire (C2S).
- Direction de la Sécurité sociale. (2025). Rapport annuel 2025 de la Complémentaire santé solidaire (C2S).
- Direction de la Sécurité sociale. (2025). Tableau de garanties de la Complémentaire santé solidaire.
- Drees. (2025). Les dépenses de santé en 2024 – Résultats des comptes de la santé – Édition 2025.
- Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM). (octobre 2025). Les dépassements d'honoraires des médecins : état des lieux.
- Insee. (novembre 2025). France, portrait social – Édition 2025, Fiche « Pauvreté monétaire ».
- Rieg, C., Rousset, A., & Insee. (2025). Niveau de vie et pauvreté en 2023 - Taux de pauvreté et inégalités s'accroissent fortement.
- Sénat. (2025). Étude d'impact du projet de loi n°24 relatif au financement de la Sécurité sociale pour 2026.

Rapports associatifs

- France Assos Santé. (2024). Enquête nationale sur les restes à charge invisibles (RACI) chez les personnes vivant avec une maladie chronique et/ou un handicap et/ou une perte d'autonomie.
- Médecins du Monde. (2025, septembre). Rapport de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins 2025.

Publication scientifique

- Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES). (octobre 2025). Les dépassements d'honoraires : Pratiques des médecins, part dans leurs revenus et impacts pour les patients. Questions d'économie de la santé n° 596.

Contribution du Comité scientifique du CNLE

- Madec, P., & Pucci, M. (2025). Estimations issues du modèle de microsimulation INES à partir des données de 2023.

Sitographie

- Assurance Maladie. (2025). Mission « Retrouve ton cap » : prévention de l'obésité infantile. Ameli.fr. <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/prevention-du-surpoids-et-de-l-obesite-infantile/mission-retrouve-ton-cap-prevention-obesite-infantile>
- Complémentaire santé solidaire. « Vous êtes victime d'un refus de soins discriminatoire ». <https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/ma-situation/vous-etes-victime-dun-refus-de-soins-discriminatoire>
- Conseil national de l'Ordre des médecins. (29 octobre, 2025). Rapport parlementaire Monnet-Rousset. Conseil-national.medecin.fr. <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/rapport-parlementaire-monnet-rousset>
- De Schutter, O. (2025). « La stigmatisation des pauvres accroît le sentiment d'anxiété et d'insécurité économique. » Le Monde. https://www.lemonde.fr/idees/article/2025/10/22/olivier-de-schutter-rapporteur-de-l-onu-sur-l-extreme-pauvrete-la-stigmatisation-des-pauvres-accroit-le-sentiment-d-anxiete-et-d-insecurite-economique_6648891_3232.html
- Gouvernement. (2025). Mon soutien psy : 12 séances remboursées par an. Info.gouv.fr <https://www.info.gouv.fr/actualite/mon-soutien-psy-12-seances-remboursees-par-an>
- Ministère de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. (17 décembre, 2025). PLFSS 2026 : des mesures structurantes pour renforcer la prévention, les soins et l'accompagnement. Sante.gouv.fr. <https://sante.gouv.fr/actualites-presse/actualites-du-ministere/article/plfss-2026-des-mesures-structurantes-pour-renforcer-la-prevention-les-soins-et>
- Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. (2024). Le médicobus : une démarche « d'aller vers » les patients éloignés des soins dans les territoires ruraux. Santé.gouv.fr. <https://sante.gouv.fr/grands-dossiers/un-meilleur-acces-aux-soins-pour-tous-sur-le-territoire/article/le-medicobus-une-demarche-d-aller-vers-les-patients-eloignes-des-soins-dans-les>
- Ministère des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques. (2024). Maisons Sport-Santé. Sports.gouv.fr. <https://www.sports.gouv.fr/maisons-sport-sante>
- Mutualité Française. (16 décembre 2025). Dépenses de santé en hausse constante et nouvelle taxe : des contraintes fortes pour les mutuelles et leurs adhérents. <https://www.mutualite.fr/communiqués-de-presse/dépenses-de-sante-en-hausse-constante-et-nouvelle-taxe-des-contraintes-fortes-pour-les-mutuelles-et-leurs-adherents/>
- Public Sénat. (11 décembre, 2025). Mutuelles : pourquoi les cotisations des assurés devraient encore augmenter en 2026, voire en 2027. Publicsenat.fr. <https://www.publicsenat.fr/actualites/sante/mutuelles-pourquoi-les-cotisations-des-assures-devraient-encore-augmenter-en-2026-voire-en-2027>
- UFC-Que Choisir. (2025). « Complémentaires santé : Les tarifs des mutuelles s'envolent ». <https://www.quechoisir.org/actualite-complementaires-sante-les-tarifs-des-mutuelles-s-envolent-n165156/>
- Vie Publique. (2025). « Proposition de loi visant à lutter contre les déserts médicaux, d'initiative transpartisane ». <https://www.vie-publique.fr/loi/298457-deserts-medicaux-regulation-installation-medecins-proposition-loi-garot#:~:text=Pr%C3%A8s%20de%20six%20millions%20de,une%20%22v%C3%A9ritable%20double%20peine%22.>

ANNEXE 1 : COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LA COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE (C2S)

Organisation du travail

Le groupe de travail sur la Complémentaire santé solidaire est présidé par Bernard Moriau, membre du collège des personnes qualifiées du CNLE. La composition complète du groupe de travail figure ci-après.

Les travaux ont débuté par une présentation du rapport annuel 2025 de la C2S par la Direction de la Sécurité sociale et la Drees, lors d'une séance plénière exceptionnelle du CNLE. En amont de cette séance, une version du rapport avait été transmise aux membres du Conseil pour étude et appropriation.

Quatre sessions de groupe de travail ont ensuite été organisées pour analyser le rapport, échanger sur les enjeux identifiés et construire collectivement le projet d'avis. Parallèlement, des questionnaires et une présentation du dispositif C2S ont été diffusés aux membres du collège des personnes concernées afin de constituer des groupes d'appui et de recueillir témoignages et remontées de terrain. Des entretiens individuels ont également été conduits avec différentes personnes concernées par le dispositif.

La rédaction de l'avis et sa mise en page ont été assurées par le secrétariat général du CNLE. Des versions successives ont été transmises aux membres du groupe de travail tout au long du processus, permettant des points d'étape réguliers sur l'avancement des travaux. La version définitive de l'avis a été soumise au vote de l'ensemble des membres du CNLE.

Composition du groupe de travail

- Présidence du groupe :
 - Bernard Moriau, collège 4, personne qualifiée
- Collège 4, personnes qualifiées :
 - Françoise Fromageau
- Collège 5, personnes concernées :
 - Nora Ait Hammou
 - Olivier Baboulat
 - Xavier Baumier
 - Sonia Benmaa
 - Marie-Jeanne Grenier
 - Olivier Lesage
- Personnes ressources du collège 5 :
 - Magloire Chéri Bandia
- Comité scientifique du CNLE :
 - Muriel Pucci, Présidente du Comité scientifique
 - Pierre Madec, économiste
- Secrétariat général du CNLE :
 - Delphine Aubert, Secrétaire générale
 - Pierre-Antoine Muller, apprenti chargé d'étude

Vous pouvez suivre l'actualité du #cnle, sur :



Le site internet [/www.cnle.gouv.fr/](http://www.cnle.gouv.fr/)



Twitter | [@ConseilPauvrete](https://twitter.com/ConseilPauvrete)



LinkedIn | [CNLE](https://www.linkedin.com/company/cnle) (Conseil national - Lutte contre la pauvreté)

