

Annexe 3

Note sur la Complémentaire santé solidaire (C2S)

Octobre 2025



Ce document a été écrit avec le concours de Dominique Polton, conseillère scientifique du Hcaam.

Table des matières

Préambule	4
1. Eligibilité à la C2S2	4
2. Financement et dépenses de santé au titre de la C2S.....	5
3. Une légère augmentation du taux de recours à la C2S depuis 2019.....	5
4. Seule la moitié des personnes éligibles à la C2S y ont recours	6
5. Une facilitation administrative de l'accès à la C2S	8
6. Le refus de soins opposé aux bénéficiaires de la C2S.....	8
7. La facturation de dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la C2S	9

Préambule

La complémentaire santé solidaire (C2S) remplace depuis le 1er novembre 2019 la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS).

Elle vise à faciliter l'accès des personnes aux revenus les plus modestes à une couverture complémentaire santé et offre une couverture unique à tous ses bénéficiaires, avec une prise en charge d'un panier de soins sans reste à charge¹.

Les médecins ont l'obligation de pratiquer le tiers-payant intégral dès lors que le bénéficiaire a présenté sa carte vitale et/ou son attestation de droit et ne doivent pas appliquer de dépassement d'honoraires.

Ils ont l'obligation d'appliquer les tarifs de responsabilité de la sécurité sociale quel que soit leur secteur de conventionnement, sauf en cas d'exigence particulière du patient (par exemple : un rendez-vous en dehors des heures habituelles de consultation).

Dans cette situation, le dépassement d'honoraires n'est jamais pris en charge par l'assurance maladie ni au titre de la C2S. Il reste à la charge du patient qui le règle directement, lors de la consultation.

1. Eligibilité à la C2S²

La C2S est attribuée en fonction des ressources du foyer, à titre gratuit (C2S-g) ou en contrepartie d'une contribution financière (C2S-p) dont le montant dépend du nombre de personnes couvertes et de leur âge. Pour une personne seule et sans enfant, au 1er avril 2025³ :

- Elle est gratuite si ses ressources ne dépassent pas 862 euros par mois en France métropolitaine et 959 euros dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) ;
- Elle est attribuée en contrepartie d'une cotisation lorsque ses ressources sont comprises entre 863 euros et 1 163 euros en France métropolitaine (respectivement 960 euros et 1 295 euros dans les DROM). Cette contribution varie de 8 euros par mois pour les moins de 30 ans à 30 euros par mois pour les personnes de 70 ans ou plus.

La C2S est gérée, au choix du bénéficiaire, soit par sa caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), caisse de la Mutualité sociale agricole (MSA) ou régime spécial, soit par un organisme complémentaire inscrit sur la liste nationale des organismes gestionnaires.

Ce choix intervient au moment de la demande et n'a pas de conséquences sur les garanties offertes à l'assuré.

Toutefois, à l'expiration du droit à la C2S, les personnes ayant choisi la gestion par un organisme complémentaire peuvent prétendre pendant un an à un contrat de sortie. Ce contrat de complémentaire santé est nécessairement un contrat responsable (offrant ainsi des garanties telles que la prise en charge du ticket modérateur (TM) ou du panier 100 % santé) et doit être proposé à un tarif réglementé, plus avantageux qu'un contrat classique.

¹ Les bénéficiaires de la C2S sont exonérés des franchises médicales et de la participation forfaitaire.

² [Panorama complémentaire santé Drees 2024](#), annexe 1, p. 217 et suivantes.

³ [Plafonds Complémentaire santé solidaire 2024](#)

2. Financement et dépenses de santé au titre de la C2S

Les dépenses du fonds dédié à la C2S, créé au sein de la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam), sont financées, en plus des éventuelles participations financières des assurés, par l'affectation d'une partie de la taxe de solidarité additionnelle (TSA).

Les organismes gestionnaires de la C2S, régimes obligatoires d'assurance maladie et organismes complémentaires, ont engagé une dépense de 3,2 milliards d'euros en 2023, déduction faite des participations acquittées par certains bénéficiaires, en progression de 10,5 % par rapport à 2022⁴.

La dépense de santé moyenne annuelle d'un bénéficiaire de la C2S était de 1 383 €⁵ en 2021, dont 448 € au titre de la part complémentaire⁶ et 70 € de reste à charge après intervention de la part complémentaire⁷.

3. Une légère augmentation du taux de recours à la C2S depuis 2019

Face au constat d'un taux de recours insuffisant à la CMU-C et à l'ACS, la C2S a été mise en place pour lutter contre le non-recours des personnes en situation de fragilité disposant de faibles revenus.

En juin 2024, 7,7 millions de personnes bénéficient de la C2S, soit 11 % de la population française hors Mayotte, pour laquelle les soins doivent être facturés exclusivement à tarif opposable.

A cette même date, 6 millions en bénéficiaient de manière gratuite (+3,1 % depuis fin décembre 2023) et 1,7 million avec une participation financière (+5,3 % depuis fin décembre 2023) – (Figure 1).

La nouvelle C2S a permis deux avancées majeures. La première est la simplification du dispositif. Les bénéficiaires de l'ACS (les personnes disposant de revenus légèrement supérieurs au plafond de la CMU-C) recevaient un chèque par voie postale, puis devaient choisir une complémentaire avec différents niveaux de garantie possibles. La complexité de ce système par chèque a été pointée comme un facteur de non-recours : parmi les 1,65 million de personnes ayant obtenu l'ACS en 2018, près d'une personne sur quatre n'utilisait pas le chèque ACS (Fonds de la complémentaire santé solidaire, 2019).

La C2S permet de rendre la procédure moins complexe et plus lisible pour les assurés avec participation financière, sans niveau de garantie à choisir et avec un montant mensuel fixe de participation financière.

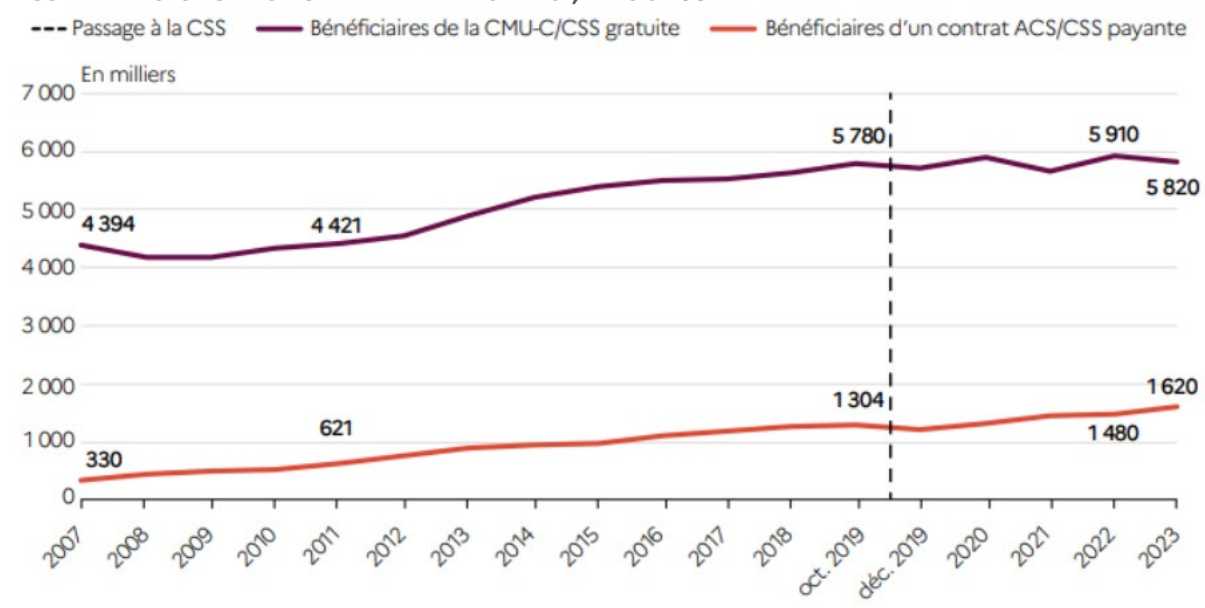
⁴ [Complémentaire santé solidaire - rapport annuel 2024](#), Direction de la Sécurité Sociale

⁵ [Panorama complémentaire santé Drees 2024](#), Fiche 2, Le risque à assurer par la complémentaire santé, p.31. On considère ici les patients qui sont bénéficiaires du dispositif C2S exclusivement : ceux qui présentent également une ALD sont regroupés avec les patients de la catégorie ALD.

⁶ [Complémentaire santé solidaire - rapport annuel 2023](#), Direction de la Sécurité Sociale, p.8.

⁷ [Panorama complémentaire santé Drees 2024](#), Fiche 2, Le risque à assurer par la complémentaire santé, p.31.

FIGURE 1— EVOLUTION DU NOMBRE DE BENEFICIAIRES*, DEPUIS 2007



* Bénéficiaire de la CMU-C jusqu'en novembre 2019, puis de la C2S gratuite.

* Bénéficiaires de l'ACS jusqu'en novembre 2019, puis C2S payante.

ACS : aide au paiement d'une complémentaire santé ; CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire ; C2S : complémentaire santé solidaire.

Source : CNAM ; RSI ; MSA ; Fonds CMU ; calculs DSS (extraction mars 2024). Voir Panoramas de la DREES, « Minima sociaux et prestations sociales – Ménages aux revenus modestes et redistribution, édition 2024 », fiche 37.

4. Seule la moitié des personnes éligibles à la C2S y ont recours

Malgré un taux de recours qui progresse ces dernières années, seule la moitié des éligibles (56% en 2021) bénéficient effectivement de la C2S.

La Drees a réalisé des estimations montrant que le taux de recours a légèrement augmenté entre 2019 et 2021, passant de 67 à 69%. Le taux de recours à la C2S avec participation financière a augmenté plus fortement, passant de 28 % en 2019 à 34 % en 2021⁸. Le taux de recours global à la C2S (gratuite et payante) s'élève à 56%.

TABLEAU 1— TAUX DE RECOURS A LA C2S, ENTRE 2019 ET 2021

	2019	2020	2021
CMU-C/C2S-g	67	69	69
ACS/C2S-p	28	29	34
Ensemble CMU-C et ACS/C2S-g et C2S-p	54	55	56

Source : Panorama de la complémentaire santé, Drees, 2024, fiche 28. Modèle de microsimulation Ines 2021 pour les effectifs de personnes éligibles ; données DSS pour les effectifs de bénéficiaires ; calculs DREES.

Certaines personnes éligibles à la C2S sont couvertes par une complémentaire d'entreprise, à titre d'ouvrant droit (en tant que salarié de l'entreprise) ou d'ayant droit (en étant conjoint du salarié, par exemple). Cela est plus fréquent parmi les éligibles à la C2S-p.

⁸ [Panorama complémentaire santé Drees 2024](#), Fiche 28, Recours à la C2S et consommation de soins depuis la réforme de la CMU-C et de l'ACS.

Ainsi, en 2021, la part d'éligibles couverts soit par la C2S, soit par une complémentaire d'entreprise atteint 87 % pour les éligibles à la C2S-g et 61 % pour les éligibles à la C2S-p.

Les personnes dont le niveau de vie se situe dans le premier dixième (inférieur à 1 024 euros par mois en 2021, au-dessus du plafond d'éligibilité à la C2S-g et un peu en dessous de celui à la C2S-p) sont davantage non couvertes par une complémentaire santé que l'ensemble de la population : 11,5 % contre 4 %.

La méconnaissance de la C2S apparaît comme une des raisons courantes de non-recours (méconnaissance du dispositif, de sa propre éligibilité, du type de soins couverts notamment).

En effet en 2020, près d'une personne sur quatre (23 %) affirmait ne pas avoir entendu parler du dispositif C2S, contre 2 % pour le revenu de solidarité active (RSA) ou 5 % pour les allocations familiales, d'après le Baromètre d'opinion de la DREES.

Cette proportion est du même ordre parmi les personnes vivant dans un ménage disposant de moins de 1 000 euros de revenus mensuels. Deux ans plus tard, en 2022, seule une personne sur dix n'a pas entendu parler du dispositif. Néanmoins, cela ne signifie pas pour autant que les autres en connaissent les critères, notamment ceux d'éligibilité.

Le découragement face à la complexité des démarches et plus largement la non-disponibilité psychologique, notamment chez les personnes en situation de grande fragilité, sont aussi évoqués pour expliquer le non-recours, y compris à la C2S-g.

En ce qui concerne le recours à la prestation payante, la participation financière, même modérée, peut représenter un coût important pour des familles modestes ou être jugée peu justifiée par des personnes qui se sentent en bonne santé ou couvertes pour certains soins dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD), par exemple.

Une étude qualitative a été réalisée en 2022 pour la Drees sur le profil et les trajectoires des bénéficiaires de la C2S⁹. Soixante-dix personnes ont participé à un entretien approfondi ; parmi elles, 25 avaient connu des périodes de non-recours à la C2S (soit 34 %).

TABLEAU 2 – MOTIFS DE NON-RECOURS A LA C2S*

La non-connaissance	1/3 des personnes ayant connu des périodes de non-recours, n'avaient pas connaissance de l'existence du dispositif.
La méconnaissance	1/3 des personnes ayant connu des périodes de non-recours, avaient une connaissance partielle, lacunaire, voire erronée du dispositif.
La non-demande	1/3 des personnes ayant connu des périodes de non-recours, n'ont pas demandé, ont abandonné ou n'ont pas utilisé leur droit. Parmi les raisons évoquées : découragement face à la complexité des démarches, absence de disponibilité psychologique pour conduire les démarches ; arbitrage économique dans le cas de la C2S payante.
La non-réception	1/8 des personnes ayant connu des périodes de non-recours, ont fait une demande de C2S, mais ne l'ont pas obtenue.

⁹ Recours et non recours à la C2S, Une étude qualitative des profils et des trajectoires des bénéficiaires, Dossiers de la Drees, mars 2023 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-03/DD107.pdf>

	Cela relèverait principalement d'erreur et/ou d'ambiguïté sur le calcul des ressources déterminant l'éligibilité.
--	---

*Catégories de motifs non exclusives (chaque personne pouvait exprimer plusieurs motifs de non-recours).

Source : Recours et non-recours à la C2S, une étude qualitative des profils et des trajectoires des bénéficiaires, Dossiers de la DREES, mars 2023.

5. Une facilitation administrative de l'accès à la C2S¹⁰

Afin d'encourager les personnes les plus vulnérables à recourir à la C2S, les démarches ont été simplifiées pour certains bénéficiaires de minima sociaux.

Ainsi, la C2S sans participation financière est attribuée de manière automatique, depuis le 1^{er} janvier 2022, à tout nouveau foyer bénéficiaire du revenu de solidarité active (RSA), sauf opposition explicite de sa part.

Certains allocataires de minima sociaux bénéficieront par ailleurs progressivement, sous certaines conditions, d'un accès facilité à la C2S avec participation financière. Systématiquement contactés dans une logique d'aller-vers, ils n'auront plus à déclarer leurs ressources pour l'obtenir.

Par ailleurs, la C2S avec participation financière est attribuée sans déclaration de revenus préalable et renouvelée automatiquement pour une partie des bénéficiaires de :

- L'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) ;
- L'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) depuis le 1^{er} juillet 2024 ;
- L'allocation aux adultes handicapés (AAH) à partir du 1^{er} juillet 2025¹¹ ;
- L'allocation de solidarité spécifique (ASS) et du contrat d'engagement jeune (CEJ) à partir du 1^{er} juillet 2026¹².

Ainsi, lorsque l'une de ces allocations sera attribuée, les caisses d'assurance maladie transmettront systématiquement aux nouveaux bénéficiaires l'ensemble des documents permettant de devenir bénéficiaire du dispositif. S'ils consentent à payer la participation financière, ils obtiendront la C2S sans avoir à déclarer leurs ressources.

La simplification de l'accès à la C2S a sans doute largement contribué à améliorer les taux de recours. Les effectifs ont ainsi augmenté de 3,8 % entre décembre 2021 et décembre 2022.

6. Le refus de soins opposé aux bénéficiaires de la C2S

Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la C2S (et de l'Aide Médicale d'État [AME]) ont été étudiés dans trois spécialités médicales : la médecine générale, l'ophtalmologie et la pédiatrie (Le Rolland et al., 2023)¹³.

¹⁰ Site internet de la C2S, <https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr>, consulté le 16/10/2024.

¹¹ Tel que prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 ([article 45](#)).

¹² *Ib idem*.

¹³ Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État - Un testing portant sur une première prise de rendez-vous médical par téléphone auprès des généralistes, des ophtalmologues et des pédiatres, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/les-refus-de-soins>

Cette étude s'appuie sur un testing téléphonique de 34 000 appels réalisés entre mars et septembre 2022 auprès de plus de 3 000 praticiens, en France métropolitaine, conventionnés en secteur 1 ou 2 et qui exercent comme salariés ou en libéral.

Les patients bénéficiaires de la C2S obtiennent un rendez-vous médical dans les mêmes proportions que les patients de référence (patients qui ne sont ni bénéficiaires de la C2S, ni de l'AME).

Ce résultat contraste avec ceux d'études par testing précédentes portant sur l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS (Chareyron *et al.*, 2019¹⁴).

Les bénéficiaires de la C2S font néanmoins face à des refus discriminatoires formulés de façon explicite dans 1,7 % des cas. Certains patients C2S se sont vu proposer un rendez-vous par téléphone, mais précisant un dépassement d'honoraires, alors que ceux-ci sont illégaux pour ces bénéficiaires ; on peut penser que cette pratique vise à décourager la prise de rendez-vous par des bénéficiaires de la C2S authentiques et pourrait être qualifiée comme un refus de soins à l'égard de ces patients.

La fusion de la CMU-C et de l'ACS dans la C2S en novembre 2019 et l'extension de la pratique du tiers payant semblent avoir permis une simplification de la gestion de la prestation pour les professionnels de santé et participent ainsi à la diminution des refus de soins opposés aux bénéficiaires de la C2S.

7. La facturation de dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la C2S

Chaque année, le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE), rend un avis sur le rapport annuel de la complémentaire santé solidaire (C2S) publié par la Direction de la Sécurité Sociale (DSS).

Chaque année, le CNLE témoigne de dépassements d'honoraires facturés aux bénéficiaires de la C2S, à travers son cinquième collège, composé de membres concernés.

L'avis 2022¹⁵ comporte plusieurs verbatim en faisant état :

« Dans le cadre d'une consultation chez un spécialiste, et même si la personne est concernée par une affection de longue durée (ALD), elle est parfois obligée d'avancer le paiement des soins (par exemple les dépassements d'honoraires). Par conséquent, elle annule le rendez-vous si elle n'en a pas les moyens. Par exemple, je devais faire un scanner du foie dont le coût est de 90 euros. Je n'en avais pas les moyens et j'ai donc annulé cet examen primordial. Finalement, on m'a dit que ce scanner pouvait être pris en charge dans le cadre du tiers payant à l'hôpital », témoigne G.C ;

« Ma fille, qui bénéficie de la C2S, a consulté un neurologue à l'hôpital public pour ses migraines chroniques. Je l'ai accompagnée au rendez-vous qui avait lieu à 18h30. La secrétaire n'était pas là pour indiquer que ce spécialiste pratiquait des dépassements d'honoraires. Ma fille a reçu ensuite la facture. Je croyais qu'il n'y avait pas de dépassement d'honoraires dans le public pour les personnes bénéficiant de la C2S, ou a minima que le patient était impérativement prévenu », déplore S.F.

¹⁴ Chareyron, S., l'Horty, Y., et Petit, P. (2019, octobre). Les refus de soins discriminatoires : tests multicritères et représentatifs dans trois spécialités médicales. Rapport pour le Défenseur des droits et le Fonds de la Couverture maladie universelle complémentaire.

¹⁵ CNLE, 2022, [Avis sur le rapport de la C2S](#), p.11.

On note aussi que parfois, les difficultés d'accès géographiques s'ajoutent aux difficultés financières :

« *Je dois désormais aller consulter un médecin à Clermont-Ferrand, qui se situe à 250 kilomètres de chez moi. Si je n'obtiens pas un bon de transport, je ne pourrai pas me faire soigner* », regrette S.F.

On trouve également cet autre un verbatim dans ce rapport piloté par la DREES¹⁶ :

« *Mon médecin m'a envoyé voir le cardiologue, et le cardiologue m'a fait revenir avec une échographie, et il m'a fait payer les deux fois 70 euros. J'ai payé parce que je me suis dit que c'était peut-être moi qui n'avais pas compris ce qui était pris en charge ou pas ! Mais c'était une bêtise, plus tard, mon médecin m'a dit que je n'aurais pas dû payer* », Jacques, 74 ans, marié, quatre enfants, retraité, C2S payante.

Au-delà de ce type de témoignage, il n'existe pas, à ce jour et à notre connaissance, d'étude permettant de mesurer les pratiques de facturation de dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la C2S.

Les médecins n'acceptant pas la carte vitale ne voient pas au moment de la facturation si les patients sont bénéficiaires de la C2S. Par ailleurs, il a été montré plus haut que certains bénéficiaires méconnaissent leurs droits, d'autres peut-être n'osent pas les signaler aux médecins.

Il semblerait nécessaire de mesurer le phénomène et *a minima* de conduire des actions d'information auprès des médecins concernés pour garantir l'application des droits aux bénéficiaires de la C2S.

¹⁶ [Recours et non recours à la C2S](#), Une étude qualitative des profils et des trajectoires des bénéficiaires, Dossiers de la Drees, mars 2023



Créé par décret du 7 octobre 2003, pérennisé par la loi du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) rassemble les acteurs du système d'assurance maladie et des personnalités qualifiées, et contribue à une meilleure connaissance des enjeux, du fonctionnement et des évolutions envisageables des politiques d'assurance maladie. Les travaux du Hcaam (rapports et avis), élaborés sur la base d'un programme de travail annuel et de saisines ministérielles, sont publics et peuvent être consultés sur le site Internet de la sécurité sociale.

Dernières publications et actualités du Hcaam

<https://www.securite-sociale.fr/hcaam>

Contact

hcaam@sante.gouv.fr – 06 59 44 15 49

Adresse postale HCAAM

78/84 rue Olivier de Serres - CS 59234 -

75739 PARIS cedex

Locaux HCAAM

78-84 rue Olivier de Serres

75015 PARIS



**HAUT-COMMISSARIAT
À LA STRATÉGIE
ET AU PLAN**

*Liberté
Égalité
Fraternité*