

AVIS

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

L'urgence de penser l'accès aux soins

Décembre 2024

INTRODUCTION 	4
➔ Deux propositions générales du CNLE pour repenser le système de santé	5
➔ Trois propositions du CNLE pour permettre une égalité de traitement et une protection inconditionnelle des plus démunis	6
I. LA C2S ET LES BENEFICIAIRES : CONNAISSANCE DU DISPOSITIF, ACCESSIBILITE, QUALITE DE L'OFFRE	8
I.A. Cinq ans après, un dispositif qui peine toujours à se faire connaitre et comprendre en dépit des efforts	8
➲ I.A.1. De nombreux Français ne connaissent toujours pas le dispositif	8
▪ Améliorer le dispositif de communication pour faire connaître la C2S au plus grand nombre	9
▪ Une communication à cibler vers les publics spécifiques	9
➲ I.A.2 Des usagers face à un dispositif complexe : des simplifications à améliorer	9
▪ Des critères d'éligibilité encore complexes	10
▪ Des outils et pratiques administratives à harmoniser pour plus d'égalité d'accès à la C2S	10
▪ Un accueil physique qui reste essentiel pour les personnes éloignées de l'e-administration	11
➲ I.A.3 Harmoniser les pratiques sur le terrain	11
I.B. Qualité de l'offre et des garanties de la C2S : la perception mitigée des usagers	12
➲ I.B.1 - Panier de soins limité, déremboursements croissants et restes à charge invisibles : une accumulation qui pèse sur le vécu du patient C2S	12
▪ Panier de soins C2S : un vécu mitigé	12
▪ Vécu des usagers : une diversité de paniers de soins qui porte à confusion	13
▪ Des déremboursements et restes à charge invisibles : un « fléau » dégradant la couverture santé des personnes précaires	14
➲ I.B.2 Pratiques déviantes de certains professionnels de santé : un obstacle qui persiste toujours pour l'accès aux soins	14
▪ Des dépassements d'honoraires et refus de soins « déguisés »	15
▪ Placer le praticien au cœur de la lutte contre les pratiques déviantes : une nécessité	16
➲ La C2S et les jeunes	18
➲ La C2S et les seniors	19
II. LA C2S AUX PRISES AVEC LES INEGALITES SOCIO-TERRITORIALES DE SANTE	20
II.A. Des inégalités socio-territoriales de santé : un facteur aggravant la santé des personnes en situation de pauvre	20
➲ II.A.1 Des inégalités sociales de santé (ISS) : un sentiment de santé dégradée exacerbé et une espérance de vie réduite	20

▪ Le sentiment de santé dégradée chez les personnes en situation de pauvreté et précarité.....	21
▪ Des réalités perceptibles jusque dans l'espérance de vie	21
⌚ II.A.2 Des inégalités territoriales de santé	23
▪ Déserts médicaux et stratégies individuelles de recours aux soins empêchées	23
▪ Le premier recours à l'aune des besoins des population précaires.....	23
II.B. Mieux répondre aux besoins de santé des personnes en situation de pauvreté : expertise, gouvernance et initiatives locales.....	24
⌚ II.B.1. Comprendre les besoins de santé pour mieux administrer	24
▪ Objectiver l'accès aux soins pour mieux répondre aux besoins locaux	24
▪ Intégrer les personnes concernées dans la gouvernance locale de la santé : s'appuyer sur le vécu pour mieux comprendre, mieux agir.....	26
⌚ II.B.2. Développer la structuration d'un système de santé de proximité : accès, initiatives et coordination	27
▪ Structurer l'aller-vers, pour une démarche proactive et inclusive.....	27
▪ Soutenir les structures d'exercice coordonné à but non-lucratif pour un maillage du territoire.....	29
⌚ Annexe 1 : Tableau des propositions	32
⌚ Annexe 2 : Composition du groupe de travail sur la C2S.....	36
⌚ Annexe 3 : Liste des auditions menées pour l'élaboration de l'avis.....	37
⌚ Annexe 4 : Contribution externe.....	38
⌚ Annexe 5 : Les déterminants sociaux de la santé.....	41
⌚ Annexe 6 : Liste des sigles et des acronymes	42

INTRODUCTION |

Le 1er novembre 2019, un nouveau dispositif a remplacé la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'Aide à la complémentaire santé (ACS) : la Complémentaire santé solidaire (C2S). Son objectif principal est d'améliorer la prise en charge des frais de santé des populations les plus modestes.

Comme chaque année, la Direction de la Sécurité sociale (DSS) a coordonné, avec le concours de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et de la Mutualité sociale agricole (MSA), la rédaction du rapport annuel de suivi de la mise en œuvre de la C2S.

À l'automne 2024, le Conseil National des Politiques de Lutte contre la Pauvreté et l'Exclusion Sociale (CNLE) a été sollicité pour émettre, conformément à l'article 862-7 du Code de la Sécurité sociale, un avis réglementaire qui sera annexé au rapport sur la C2S et transmis au Parlement.

Il a été élaboré par un groupe de travail composé de représentants de différents collèges du CNLE. Ce groupe, présidé par le docteur Bernard Moriau, bénévole à Médecin du Monde, membre du collège des personnalités qualifiées et du Comité scientifique du CNLE, s'est réuni à cinq reprises entre le 18 novembre et le 12 décembre 2024. Un atelier spécifique a permis de recueillir les réactions des personnes concernées, relayées par les groupes d'appui des membres du collège dédié. Par ailleurs, des auditions d'experts (liste détaillée en annexe) et des contributions écrites ont enrichi les travaux.

L'avis final a été validé par un vote électronique le 23 décembre 2024.

Cet avis s'inscrit dans une démarche de continuité et de réévaluation des enjeux autour de la Complémentaire santé solidaire (C2S). Les avancées constatées dans le rapport annuel de la DSS, notamment en termes de simplification administrative progressive et de meilleure communication sur le dispositif, témoignent des efforts pour améliorer l'accès aux soins des publics les plus précaires. Cependant, certaines problématiques subsistent, comme le taux de non-recours qui ne baisse pas, les disparités territoriales, ou encore les perceptions mitigées liées au panier de soins limité. Ces constats justifient la reconduction de certaines recommandations des avis précédents du CNLE. De nouvelles problématiques ont également émergé, comme l'insuffisance d'adaptations pour les jeunes et les seniors, ainsi que les défis posés par les inégalités socio-territoriales de santé. **Ces enjeux appellent une réflexion approfondie et des propositions renouvelées pour faire de la C2S un outil plus équitable et plus performant.**

PREAMBULE |

Cette année, le CNLE a souhaité élargir la réflexion au-delà de l'exercice réglementaire annuel, en examinant la question de l'accès aux soins et à la santé des personnes en situation de pauvreté et de précarité. Ainsi, par cette nouvelle approche, la C2S est repositionnée comme un dispositif au service d'un bien public fondamental : la santé.

L'avis replace ainsi au cœur de l'analyse les réalités vécues par les populations les plus fragiles, en interrogeant les limites structurelles de l'accès à une santé équitable et digne.

Le CNLE tient à rappeler que la santé est un droit fondamental, inaliénable, dont l'universalité constitue un impératif de justice sociale. Le Préambule de la Constitution de 1946¹ consacre le droit à la protection de la santé comme l'un des principes fondamentaux reconnus par les lois de la République.

De plus, garantir à l'ensemble de la société française un accès équitable à un état de santé optimal, grâce à un système de prévention adapté aux besoins de chacun et des soins accessibles à tous, est une condition sine qua non pour assurer la bonne santé économique et sociale du pays².

Or, en France, les inégalités sociales et territoriales de santé sont alarmantes : les personnes en situation de pauvreté et de précarité rencontrent des difficultés d'accès aux soins, elles souffrent davantage de pathologies et ont une espérance de vie réduite par rapport au reste de la population³.

Face à ce constat, il est urgent d'agir sur les déterminants structurels de ces inégalités de santé. Le CNLE enjoint le Gouvernement à repenser l'ensemble du système de santé pour garantir une égalité réelle face au droit à la protection de la santé⁴ en mettant les besoins et attentes des personnes les plus vulnérables au cœur de sa démarche.

➔ Deux propositions générales du CNLE pour repenser le système de santé

Comme en 2023, le CNLE porte ici en recommandation cardinale la mise en œuvre de la proposition formulée par France Assos Santé⁵ en appui sur les travaux du HCAAM⁶.

Proposition générale 1 (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 (...).

Cette solution constituerait une évolution majeure de notre système de santé ayant pour objectif une égalité d'accès aux soins pour tous dans le respect du préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (1946) :

- La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

¹ [Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 | Conseil constitutionnel](#)

² [VIII : Investir dans la santé pour faire reculer la pauvreté | Cairn.info](#)

³ [L'état de santé de la population en France](#)

⁴ Selon l'OMS, le droit à la santé comprend quatre éléments essentiels et interdépendants : la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité. Voir le site de l'OMS : [repères de l'OMS sur les Droits humains](#)

⁵ [Pour un régime unique d'Assurance maladie avec une prise en charge à 100% d'un panier de soins à la hauteur des besoins et une suppression des dépassements d'honoraires](#) (france-assos-sante.org)

⁶ La fédération s'est appuyée sur le scénario 3 du rapport du Haut Conseil sur l'avenir de l'Assurance Maladie Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire, Rapport du HCAAM, janvier 2022

- La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.
- Les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples ; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées.

La pauvreté et la précarité exacerbent les inégalités de santé, en aggravant les pressions économiques, psychologiques et physiques des personnes concernées. De plus, les personnes concernées seraient davantage atteintes de pathologies graves ou chroniques que le reste de la population. Il s'agit donc de renforcer la protection des plus fragiles lorsqu'ils sont touchés par l'épreuve de la maladie.

Proposition générale 2 | Assurer une protection sociale renforcée pour les personnes en situation de pauvreté ou de précarité nécessitant des soins complexes et indispensables en instaurant une garantie de continuité des services essentiels : aucune expulsion, aucune coupure d'eau ou d'électricité, notamment pour les patients à haut risque vital pris en charge à domicile ou les familles précaires avec enfant(s) ayant une personne malade dans le foyer (en cours de traitement médical ou hospitalisé à domicile).

→ **Trois propositions du CNLE pour permettre une égalité de traitement et une protection inconditionnelle des plus démunis.**

Proposition générale 3 | Ajuster le plafond de la C2S gratuite (C2SG) au niveau du seuil de pauvreté, fixé à 60 % du niveau de vie médian (soit 1 309 euros par unité de consommation, selon les calculs de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), corrigés de l'inflation).

Il s'agit ici de réexaminer le plafond de ressources de la C2S gratuite⁷ pour le rapprocher du seuil de pauvreté, afin de corriger une distinction artificielle, indécente et inéquitable qui crée deux catégories : les "pauvres" et les "pauvres trop riches" pour pouvoir en bénéficier.

Cette révision permettrait d'inclure des populations en grande difficulté économique, actuellement exclues malgré une situation financière critique, et de renforcer la justice sociale dans l'accès aux soins.

Monsieur N. A. : « 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. »

Proposition générale 4 | Créer une version accessible de la C2S payante (C2SP) pour les personnes juste au-dessus du seuil de pauvreté et en situation de précarité économique, avec une contribution modérée (par exemple, 1 euro par jour) et un plafond de ressources adapté à définir sur la base d'une expertise approfondie menée par la DREES et la DSS (illustration par cas-type).

Avec cette proposition, il s'agit de sécuriser l'accès à la santé des personnes en situation de fragilité qui peuvent basculer dans la pauvreté en leur proposant une prise en charge de la part complémentaire de leurs dépenses de santé par une C2S payante étendue.

Proposition 5 (Reconduction 2023) | Fusionner la protection universelle maladie (PUMA) avec la complémentaire santé solidaire (C2S) et l'aide médicale d'Etat (AME)⁸

⁷ Le plafond annuel de ressource en vigueur en 2024 pour la C2SG est de 10 166 euros pour une personne et 13 724 euros pour une personne seule à la C2SP [Prestations sociales -Les plafonds de ressources pour bénéficier de la complémentaire santé solidaire ont été relevés | Service-Public.fr](#)

⁸ Institut des Politiques Publiques, *Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État*. Rapport n°43, 2023. Cette étude a mis en évidence que les bénéficiaires de l'AME sont plus souvent confrontés à des refus de soins que le reste de la population. Selon cette étude, les bénéficiaires de l'AME ont entre 14 % et 36 % de chances en moins d'obtenir un rendez-vous chez un généraliste, entre 19 % et 37 % de chances en moins chez un ophtalmologue, et entre 5 % et 27 % en moins chez un pédiatre, comparativement aux patients de référence. [Refus de soins discriminatoires | Institut des Politiques](#)

La fusion de ces deux dispositifs, paraît cohérente avec l'impératif de simplification, et permettrait de mieux lutter contre le non-recours, phénomène inquiétant et persistant. En effet, la fragmentation des dispositifs peut favoriser des effets stigmatisants pour leurs bénéficiaires. En outre, l'accès aux soins des étrangers doit être simplifié à l'instar de ce que la France a pu mettre en œuvre pour les réfugiés ukrainiens depuis 2022.

Publiques – IPP

Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (Irdes), *Des assurés comme les autres. Une analyse des consommations de soins de ville des personnes couvertes par l'Aide médicale de l'État. Questions d'économie de la santé, n°284, Irdes, 2023* [Questions d'économie de la santé 284 : Des assurés comme les autres. Une analyse des consommations de soins de ville des personnes couvertes par l'Aide médicale de l'Etat - Irdes](#)

Cette étude de l'IRDES montre que les bénéficiaires de l'AME ont un accès limité aux soins, notamment optiques (2 % de recours contre 18 % pour la C2S-NC), en raison de l'absence d'intégration dans le dispositif "100 % santé". Par ailleurs, les bénéficiaires de l'AME consomment en moyenne 30 % de soins dentaires en moins que ceux de la C2S

I. LA C2S ET LES BENEFICIAIRES : CONNAISSANCE DU DISPOSITIF, ACCESSIBILITE, QUALITE DE L'OFFRE

Dans son rapport annuel de 2024, la DSS souligne que les principales causes de non-recours à la C2S reposent sur une offre : pas connue ; mal connue ; pas sollicitée, notamment pour la C2S payante.⁹

Or, comme pour d'autres droits sociaux, l'accès à la C2S dépend avant tout de la communication sur l'existence de ce dispositif, de la simplicité et la cohérence des démarches administratives nécessaires (I.A.), ainsi que de la qualité de l'offre proposée (I.B.).

Il est essentiel que les pouvoirs publics poursuivent et intensifient leurs efforts dans ces domaines pour améliorer le dispositif et le taux de recours.

I.A. Cinq ans après, un dispositif qui peine toujours à se faire connaître et comprendre en dépit des efforts

Le CNLE salue la volonté de la DSS de faire de la communication un axe de travail central à la fois pour faire connaître le dispositif auprès des personnes éligibles et pour améliorer la clarté des messages destinés aux personnes demandant pour la première fois ou pour un renouvellement, la C2S. Toutefois, au regard du taux de non-recours persistant, la stratégie de communication pourrait être renforcée à certains égards pour gagner en efficacité (I.A.1), et les informations diffusées nécessiteraient davantage de clarté pour améliorer l'accessibilité du dispositif (I.A.2).

➲ I.A.1. De nombreux Français ne connaissent toujours pas le dispositif

Selon le rapport 2024 de la DSS, 59 % des Français ne savent pas que le dispositif C2S existe. Malgré des efforts déployés pour le faire connaître, notamment à travers des campagnes de communication¹⁰ et la refonte du site Internet dédié, le taux de recours n'a pas significativement progressé : en 2021, il était estimé à 69% pour la C2SG et 34 % pour la C2SP. La DSS estime que plus de 3 millions de bénéficiaires potentiels ignorent encore l'existence de ce dispositif conçu pour eux.

On constate que la suppression de la CMU-C et de l'ACS ne semble pas encore pleinement intégrée pour certaines personnes concernées, qui continuent d'utiliser ces anciennes dénominations : cela illustre un contraste entre l'ambition d'un dispositif évolutif et sa plus lente appropriation par les bénéficiaires.

Face à ces constats, le CNLE préconise de développer une communication avec deux volets : un volet permettant de diffuser une information à l'échelle de la population générale, un second volet plus ciblé destiné à des publics spécifiques.

De manière générale, les membres du collège des personnes concernées du CNLE ont souhaité souligner que le terme de « **couverte à 100 %** » est trompeur pour les usagers. Ce terme laisse à penser que les personnes n'auront rien à payer lors de leur consultation alors qu'une partie significative des dépenses peut rester à leur charge. En effet, la couverture à 100% n'est pas une prise en charge intégrale des frais réels mais une prise en charge de la base de remboursement (BR), souvent inférieure aux tarifs pratiqués par les professionnels de santé. Cette confusion peut mener à un effet déceptif et une perception négative de la prise en charge globale.

⁹ Voir page 36 du rapport DSS sur la C2S de 2024

¹⁰ En automne 2023 et au printemps 2024, deux campagnes de communication ont été diffusées pour promouvoir la C2S. Ces campagnes ont utilisé des supports variés, notamment des spots radio et des publications sur les réseaux sociaux (Facebook, Instagram, Snapchat), ainsi que des partenariats éditoriaux avec des médias comme 20 Minutes et Loopsider.

- **Améliorer le dispositif de communication pour faire connaître la C2S au plus grand nombre**

La communication autour de la C2S devrait s'inscrire dans une stratégie plus large valorisant des outils tels que le portail « Mes droits sociaux », qui, en plus de centraliser les prestations sociales disponibles, constitue la première étape de la prise de connaissance des droits sociaux et permet de vérifier grâce au simulateur son éligibilité à la C2S.

Les membres du 5e collège du CNLE, représentant les personnes concernées, ont signalé lors de notre échange ne pas connaître l'existence de ce portail et n'avoir jamais vu les spots de communication sur la C2S évoqués dans le rapport de la DSS, soulignant ainsi la nécessité d'une refonte complète de l'approche communicationnelle¹¹.

Proposition 6 : Financer une campagne nationale de communication et d'information ambitieuse à destination du grand public sur le portail « Mes droits sociaux », qui serait relayée sur les espaces publicitaires des mairies, dans les maisons France services, dans les bureaux de Poste, comme dans les médias, auprès des professionnels de santé (affiches dans les salles d'attente¹², flyers...) et dans les salons professionnels.

- **Une communication à cibler vers les publics spécifiques**

Les publics spécifiques tels que les jeunes, les seniors, ou encore les personnes en situation de grande précarité bien qu'éligibles à la C2S, sont souvent mal informés des droits qui leur sont ouverts ou des démarches nécessaires pour y accéder. Une communication ciblée à destination de ces publics et associant les bénéficiaires à la co-construction des messages à délivrer permettrait de combler le déficit d'information et à améliorer l'accès au dispositif.

Proposition 7 | Réaliser une déclinaison des campagnes de communication à destination des publics spécifiques de la C2S, en associant les usagers à son élaboration, notamment dans la co-construction des messages à délivrer.

➲ **I.A.2 Des usagers face à un dispositif complexe : des simplifications à améliorer**

"La lutte contre le non-recours aux droits (...) suppose de mettre en œuvre des programmes d'information ciblés visant les personnes les plus marginalisées. Elle exige de simplifier les procédures et d'accompagner les personnes ne pouvant effectuer des démarches en ligne. Elle implique surtout d'associer les personnes qui vivent dans la pauvreté à la conception, au contrôle et à l'évaluation des mesures qui leur sont destinées."

Olivier de Schutter, Rapporteur spécial de l'ONU sur les droits humains et l'extrême pauvreté¹³

Les efforts de simplification des démarches d'accès à la C2S ont été significatifs au cours de ces dernières années. **Cependant, certains facteurs de complexité persistent et peuvent constituer un frein à l'augmentation du taux de recours et à l'accessibilité du dispositif.** Les ayants-droits se heurtent à plusieurs obstacles qui peuvent empêcher la lecture claire de leur éligibilité réelle au dispositif ou encore des modalités de constitution du dossier en fonction de leur situation.

Ces freins peuvent être levés par un renforcement de l'accompagnement des personnes, notamment en améliorant la sensibilisation et l'information sur les services pouvant les aider à constituer leur dossier, tout en accordant une attention particulière à celles éloignées des outils numériques pour garantir la fiabilité et la complétude des informations transmises.

¹¹ Un constat partagé par la Cour des comptes dans son rapport 2024 sur *La Sécurité sociale* (cf p. 333).

¹² Affichage clair, de taille suffisante, dans un endroit visible avec flash code qui renvoie vers le site "Complémentaire santé solidaire" du ministère chargé de la Santé

¹³ Olivier De Schutter : « La lutte contre le "non-recours aux droits" doit devenir une priorité politique pour l'Europe »

- **Des critères d'éligibilité encore complexes**

Les démarches ont été simplifiées en 2024¹⁴, notamment grâce à une « présomption de droit » à la C2S payante pour les nouveaux allocataires de certaines allocations, conformément à l'article 45 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024. Cette avancée, saluée par le CNLE, suit un calendrier de mise en œuvre échelonné : depuis le 1er juillet 2024 pour les bénéficiaires de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), à partir du 1er juillet 2025 pour ceux de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), et du 1er juillet 2026 pour les allocataires de l'allocation de solidarité spécifique (ASS) et du contrat d'engagement jeune (CEJ).

Le CNLE réitère cependant sa demande **d'accélération de ce calendrier**, en particulier pour les jeunes bénéficiaires du CEJ.

Proposition 8 (Reconduction 2023) | Accélérer le calendrier de simplification, en particulier pour les jeunes bénéficiaires du CEJ.

Madame R.A. : Suite à des violences de la part de mon concubin, j'ai dû quitter précipitamment mon domicile à Nantes pour me réfugier à Marseille. Gravement malade et en situation de mobilité réduite, je fais face à de grandes difficultés pour effectuer mes démarches, car les structures sociales ne sont pas adaptées à mon handicap. J'ai besoin d'accéder rapidement à des soins et ai sollicité l'ouverture de droits à la C2S. Cependant, la CPAM refuse ma demande, car mon dossier CAF n'est pas encore transféré dans les Bouches-du-Rhône, malgré l'urgence de ma situation."

Ces simplifications administratives nécessitent d'être accompagnées d'une information claire et complète à destination des bénéficiaires. Celle-ci doit notamment porter sur les démarches attendues de leur part, comme la vérification de l'ouverture de leur droit et le suivi de leur situation.

Malgré les avancées, les critères socio-démographiques génèrent de nombreux cas particuliers qui nuisent à la lisibilité du dispositif. Par exemple, la participation financière à la C2SP varie selon l'âge (cinq classes tarifaires de 8 à 30 euros par mois) ou selon la région, (Alsace-Moselle). En outre, la présomption de droit à la C2SP pour certains bénéficiaires, comme ceux de l'ASI et de l'AAH vivant seuls, ne s'applique pas s'ils ont travaillé dans les trois mois précédent leur demande, ajoutant une condition supplémentaire.

Proposition 9 | Simplifier les règles d'attribution de la C2S pour restreindre le nombre de cas particuliers.

- **Des outils et pratiques administratives à harmoniser pour plus d'égalité d'accès à la C2S**

Malgré les efforts de simplification, les usagers rencontrent encore des difficultés pour accéder à la C2S. Les critiques portent notamment sur les outils numériques mis à leur disposition.

Au printemps 2024, le nouveau site internet « complementaire-sante-solidaire.gouv.fr » a été testé par des membres du collège des personnes concernées du CNLE. Bien que la clarté et l'organisation des informations aient été améliorées, l'enjeu central pour l'utilisateur reste de pouvoir estimer facilement et rapidement si sa situation personnelle lui permet de bénéficier de la C2S. Or, le simulateur de droits reste jugé difficilement compréhensible par certains utilisateurs, qui trouvent que les résultats peuvent être incohérents.

Ces difficultés mettent en évidence la nécessité d'améliorer l'accessibilité des outils numériques et d'offrir un accompagnement renforcé pour les publics en situation de précarité administrative ou numérique.

Madame M. B. témoigne : « J'ai voulu tester mes droits sur le simulateur de la C2S dont on avait parlé au CNLE, mais c'est ma travailleuse sociale qui l'a fait pour moi. C'est compliqué et ça prend beaucoup de temps. »

Monsieur N. A. rapporte : « J'ai fait le test sur le simulateur C2S, on me disait que j'aurais la C2S. J'ai fait le test au guichet dans une agence, on m'a dit que je l'aurais. Mais quand j'ai reçu la réponse, on m'a indiqué que je ne pouvais pas l'avoir. »

¹⁴ circulaire CIR-28/2024 du 4 octobre 2024,

Proposition 10 | Rendre le simulateur de droits plus simple et intuitif, avec un accompagnement renforcé pour les publics en difficulté.

Proposition 11 | Garantir la clarté des documents requis et leur limitation stricte aux justificatifs indispensables pour l'ouverture des droits à la C2S, en prévoyant des solutions pour les publics éloignés des outils numériques.

- *Un accueil physique qui reste essentiel pour les personnes éloignées de l'e-administration*

En 2024, l'accueil physique constitue toujours une préoccupation majeure du Conseil qui suit attentivement la mise en œuvre de la stratégie d'accueil de la CNAM évoquée dans le Convention d'objectifs et de gestions¹⁵ passée avec l'État. Une « Stratégie d'accueil autour de trois piliers : l'espace numérique pour les personnes autonomes, l'accueil sur rendez-vous dans une logique d'échanges conclusifs sur les sujets d'expertise (C2S, prestations en espèces, etc.), le maintien d'une offre sans rendez-vous pour les situations d'urgence. »

Dans son avis précédent, le CNLE soulignait les dérives de l'e-administration, repéré comme un frein déterminant dans le recours aux droits et proposait de « Remettre l'accueil physique au cœur du service public, et permettre l'accompagnement par l'humain pour rapprocher les usagers de leurs droits. » (Proposition 8)

L'e-administration ne semble pas tenir compte des difficultés des usagers éloignés des outils numériques ou ne disposant pas d'imprimante. Cette situation empêche de tenir pleinement la promesse de démarches entièrement dématérialisées et accentue les inégalités dans l'accès au dispositif.

Le CNLE ne peut qu'encourager la CNAM et la MSA à penser le « dernier kilomètre » de l'outil numérique (limiter les impressions papier) en mobilisant des usagers de la C2S pour tester la qualité du « parcours usager ».

Proposition 12 | Communiquer sur le bilan de la « stratégie d'accueil » et tout particulièrement le pilier « accueil sur rendez-vous » qui devrait concerner les usagers de la C2S, notamment dans le cadre des rapports annuels de la DSS.

Proposition 13 | Proposer un accompagnement adapté aux publics éloignés de l'administration numérique en instaurant des référents professionnels accessibles par ligne directe ou e-mail dédié. Maintenir les formulaires papier pour ceux qui le souhaitent.

⇒ I.A.3 Harmoniser les pratiques sur le terrain

Au cours des échanges avec les groupes d'appui accompagnant les membres du collège des personnes concernées, il a été observé des variations dans les pratiques administratives entre les CPAM lors du renouvellement de la C2S. Ainsi, dans certaines CPAM, ni l'inscription initiale ni le renouvellement de la C2S ne seraient automatiques pour les bénéficiaires du RSA, de l'ASPA ou de l'ASI, même lorsque la composition de leur foyer est restée la même. Cela constituerait un facteur d'accroissement des inégalités territoriales et des incohérences entre les informations diffusées et les pratiques observées sur le terrain.

Ces disparités suscitent des interrogations au sein du Conseil, notamment quant à l'interprétation des cartes présentées dans le rapport annuel 2024 sur la C2S (page 29). Ces cartes mettent en évidence des inégalités territoriales qui nécessitent des éclaircissements : En premier lieu, il est impératif de rapporter les données non pas à la population générale, mais spécifiquement à celle en situation de précarité, afin

¹⁵ Convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la CNAM 2023-2027, [COG 2023-2027 Cnam.pdf](#)

d'orienter les efforts dans les territoires pour lesquels le taux de non-recours est le plus fort et de tendre vers une harmonisation des pratiques administratives et une meilleure équité territoriale. (cf Partie III)

Proposition 14 | Documenter les pratiques administratives par territoire et entre opérateurs (CPAM & MSA) pour objectiver l'équité de traitement à des échelles fines.

Par ailleurs, les consultations menées par le groupe de travail C2S ont mis en lumière **des disparités de pratique parmi les travailleurs sociaux selon leurs connaissances du dispositif C2S** (fortement évolutif). Pour les homogénéiser, ceux-ci devraient pouvoir s'appuyer sur les « lettres réseaux » de la CNAM qui ont pour fonction de détailler les règles et pratiques applicables en matière de droits sociaux. Elles sont des outils indispensables pour les professionnels de l'accompagnement social. Pourtant, elles restent aujourd'hui inaccessibles à une grande partie des acteurs concernés en dépit de l'obligation d'information des caisses¹⁶. Publier ces lettres de manière systématique et les diffuser auprès d'un public plus large permettrait :

- De clarifier les règles pour tous et garantir leur transparence ;
- D'assurer une application homogène des droits, quel que soit le territoire ;
- D'offrir aux professionnels de l'accompagnement les outils nécessaires pour comprendre les procédures d'instruction des caisses.

Proposition 15 | Faciliter les échanges d'information ainsi que l'outillage juridique et normatif des professionnels de l'accompagnement par la publication systématique des « lettres réseau » adressées à un public plus large.

I.B. Qualité de l'offre et des garanties de la C2S : la perception mitigée des usagers

Le recours au dispositif C2S dépend également de la qualité de l'offre et des garanties offertes. En l'état, la perception du panier de soins et des remboursements reste mitigée pour les bénéficiaires (I.B.1) et les pratiques déviantes de certains professionnels de santé remettent en question l'effectivité des garanties offertes (I.B.2).

⇒ **I.B.1 - Panier de soins limité, déremboursements croissants et restes à charge invisibles : une accumulation qui pèse sur le vécu du patient C2S**

Si le panier de soins C2S s'est élargi successivement, ce que le CNLE salue, la perception des bénéficiaires reste celle d'un panier de soins qui ne couvre pas l'entièreté des besoins, altérant la compétitivité de la C2S sur le marché des complémentaires santé. De plus, les restes à charge invisibles et les déremboursements par l'Assurance maladie de certains soins dits de "confort" (concept remis en question par certains usagers) alourdissent les dépenses de santé des personnes en situation de pauvreté, fragilisant ainsi l'efficacité globale de la couverture santé.

▪ **Panier de soins C2S : un vécu mitigé**

En 2023, les membres du collège des personnes concernées du CNLE ont de nouveau signalé des contraintes perçues comme stigmatisantes dans le cadre de l'accès à certains produits et services couverts par la C2S.

À titre d'exemple, le choix des montures de lunettes est un marqueur social, qui conjugue une dimension de soin et d'esthétique notamment chez les adolescents, qui, lorsqu'ils sont obligés d'acheter des lunettes d'entrée de gamme peut renforcer un sentiment d'exclusion sociale. En ce qui concerne les soins dentaires, le processus de sélection entre plusieurs devis, où le devis C2S se positionne comme une offre « discount », est également mal perçu en raison de l'écart significatif avec l'offre moyenne. Cette problématique se

¹⁶ art. R.112-2 CSS, Civ. 2, 19 octobre 2023, n° 21-25.274 et suivants

retrouve également pour les prothèses auditives et orthopédiques, dont **les modèles bénéficiant d'une meilleure prise en charge sont généralement de qualité inférieure, moins durables, et parfois limités à une prise en charge annuelle**. Ces situations contribuent à un sentiment diffus de stigmatisation¹⁷ et d'un système de santé à deux vitesses.

Cette situation peut conduire certaines personnes éligibles à la C2S de faire le choix, malgré leur budget contraint, d'avoir recours à une complémentaire santé individuelle plus coûteuse leur permettant d'avoir accès à des équipements ou prothèses de meilleure qualité et plus durables. Ce contexte peut entrer dans les motifs de non-recours à la C2S, mais faute d'études permettant d'étayer ce phénomène, il reste une hypothèse sans confirmation possible.

▪ **Vécu des usagers : une diversité de paniers de soins qui porte à confusion**

Les membres du collège des personnes concernées ont signalé que l'opacité des informations disponibles et la multiplicité des acteurs habilités à gérer la C2S – près de 70 organismes – rendent difficile la comparaison des offres pour les usagers entre les organismes complémentaires. Cette profusion d'offres alimente un sentiment d'incompréhension et de crainte de ne pas faire le « bon choix », alors qu'il s'avère que les organismes complémentaires agréés proposent les mêmes conditions de couverture de soins que la CPAM et la MSA à l'exception du contrat de sortie, exclusivement proposé par les organismes complémentaires. Le peu, voire, l'absence de publicité faite sur cette possibilité offerte par les organismes complémentaires par rapport à la CPAM et à la MSA pourrait faire regretter aux usagers d'avoir opté pour la CPAM et la MSA plutôt que pour un organisme complémentaire. Cette information mériterait d'être très clairement indiquée lorsque les usagers doivent opter pour une affiliation à la CPAM ou à un organisme complémentaire agréé.

Monsieur N.A. : « Je travaille huit heures par semaine, mais parce que je suis salarié, j'ai eu la possibilité d'accéder à la mutuelle d'entreprise de mon employeur. Elle est à la fois moins chère que ce que j'aurais dû payer avec la C2SP (17 euros au lieu de 22 euros) et elle me permet d'être mieux pris en charge pour certains médicaments qui sont désormais moins remboursés.»

Dans le cadre de la C2S avec participation financière en particulier, ces perceptions peuvent amener les ayants-droits à garder leur contrat individuel de santé malgré un coût plus élevé que la C2SP, ou à choisir d'être couvert (s'ils en ont la possibilité) par un contrat collectif d'entreprise qui peut s'avérer plus avantageux que la C2SP.

Ainsi, pour les personnes éligibles à la C2S et ayant accès à une mutuelle d'entreprise, **il apparaît qu'une meilleure protection est parfois accessible à moindre coût dans le privé.**

Cette disparité met en lumière une inégalité structurelle : **les non-salariés restent cantonnés à des offres moins protectrices et parfois plus coûteuses**. Cette situation qui pourrait être un motif de non-recours à la C2S, demanderait à être expertisé par une étude approfondie des motifs de non-recours à la C2S (via une étude de cas-type).

Pour identifier les besoins et encore améliorer la compétitivité du panier de soins C2S, il apparaît utile de comparer les offres de prise en charge sur le marché des complémentaires santé (notamment des contrats collectifs).

Proposition 16 | 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.

¹⁷ Voir les travaux de Avishai Margali, La société décente, Climats, 1999

Proposition 16 bis | Etudier le scénario d'une extension du panier de soins C2S pour les personnes ayant des pathologies lourdes ou bénéficiant de la prestation de compensation du handicap (PCH), ainsi que les seniors. Cette expertise pourrait s'appuyer sur une étude de cas-type conduite par la DREES et la DSS.

Proposition 17 | Financer une étude comparative du panier de soins proposé par la C2S et de ceux proposés par les complémentaires d'entreprise à des tarifications similaires.

- *Des déremboursements et restes à charge invisibles : un « fléau » dégradant la couverture santé des personnes précaires*

Les restes à charge constituent un facteur d'inégalité non négligeable pour les personnes en situation de pauvreté. En dépit de dispositifs comme la C2S, les frais dits "invisibles" – tels que le petit matériel médical, les produits pour apaiser les effets secondaires de certains traitements, ou encore les consultations de médecine complémentaire pour confirmer un diagnostic (voir verbatim ci-dessous) – pèsent lourdement sur les budgets des ménages en situation de pauvreté ou de précarité. Selon une enquête de France asso santé de 2024¹⁸, avec un montant moyen de 1 557 € par an, et jusqu'à plus de 8 200 € pour les plus touchés, ces dépenses sont en hausse de 50 % depuis 2019 et s'ajoutent aux charges identifiées comme les dépassements d'honoraires ou les participations forfaitaires. Ainsi, plus de la moitié des personnes concernées renoncent à des soins essentiels, qu'il s'agisse de produits pour mieux vivre avec leur condition ou de soutien psychologique, aggravant ainsi leur état de santé. Face à ce surenchérissement des coûts de santé, il devient urgent de repenser le système pour limiter ces inégalités exacerbées.

Par ailleurs, la distinction entre soins "de confort" et soins "essentiels" opérée par l'Assurance Maladie et qui aboutit à des déremboursements peut poser de sérieux problèmes pour les personnes atteintes de pathologies sévères et/ou chroniques et en situation de pauvreté.

Monsieur W. B. : « Mon médicament était remboursé. J'ai pu en profiter pendant un mois. Quand je suis revenu à la pharmacie pour renouveler mon médicament le mois suivant, la pharmacienne a découvert avec moi que c'était déremboursé. Pourtant ce médicament est vital pour moi »

Un traitement initialement reconnu comme nécessaire peut soudainement être reclasé comme "de confort", entraînant son déremboursement sans possibilité d'ajustement thérapeutique. Cette logique, qui ne prend pas en compte l'usage réel du soin dans la prise en charge des patients, risque d'aggraver des conditions médicales déjà complexes.

La décision de considérer le soin comme un soin dit « de confort » devrait pouvoir s'appuyer sur l'expertise des médecins prescripteurs, qui ajustent les traitements en fonction des besoins spécifiques de leurs patients. En refusant cette confiance et en imposant des coupes arbitraires, le système fragilise les plus vulnérables et augmente le risque de renoncement aux soins vitaux.

Proposition 18 | Pour les patients C2S et lorsque la situation médicale l'exige, les soins dits de « confort » doivent pouvoir être remboursés à 100% dès lors que le médecin l'indique sur l'ordonnance.

- ⇒ I.B.2 Pratiques déviantes de certains professionnels de santé : un obstacle qui persiste toujours pour l'accès aux soins

Une fois les démarches effectuées par le bénéficiaire pour obtenir la C2S, de nouveaux obstacles peuvent se présenter à lui pour l'accès aux soins. Si les textes sont clairs sur l'interdiction de facturer des dépassements d'honoraire à un patient C2S, certains praticiens, exerçant notamment en secteur 2, ignorent cette interdiction et imposent un reste à charge aux patients. Certains bénéficiaires de la C2S rencontrent également des difficultés à prendre rendez-vous avec des praticiens, exprimant un doute sur l'existence de refus de soins « déguisés ».

¹⁸ Enquête : quelle est l'ampleur des restes à charge invisibles ? - France Assos Santé

Ces pratiques déviantes marquent une dissonance entre les garanties normalement offertes par la C2S et la réalité vécue par les bénéficiaires, ce qui peut nuire à la qualité globale perçue du dispositif.

- **Des dépassements d'honoraires et refus de soins « déguisés »**

Les remontées de terrain ont permis de mettre en lumière des pratiques -illégales- de dépassements d'honoraires pour des patients bénéficiaires de la C2S. Par ailleurs, ces patients peuvent rencontrer des difficultés à accéder à un rendez-vous avec un professionnel, une pratique aggravée par l'insuffisance d'offre de spécialistes dans certains territoires. Ces pratiques représentent des obstacles concrets à l'accès aux soins pour ce public.¹⁹

Dans certaines situations, notamment en cas d'urgence médicale, le bénéficiaire ne préfère pas rappeler au médecin, son obligation d'appliquer les tarifs de responsabilité de la sécurité sociale. Cette question financière apparaît comme hors du sujet de la **relation de soin entre le patient et le professionnel** et jette un malaise pour le patient en situation de pauvreté ou de précarité. Par ailleurs, certains soignants indiquent d'emblée le montant du dépassement d'honoraire, au moment de la prise de rendez-vous.

Monsieur W.B. : « 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.»

Le CNLE reprend la recommandation d'UFC Que choisir qui demande :

Proposition 19 | La fermeture de l'accès au secteur 2 (à honoraires libres) à l'origine du développement incontrôlé des dépassements d'honoraires. Les nouveaux médecins ne devraient avoir le choix qu'entre un secteur 1 aux honoraires sans dépassements et l'Option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM), qui encadre les dépassements d'honoraires.

Et propose de reprendre sa proposition faite dans l'avis précédent :

Proposition 20 (reprise 2023) | Mettre en place des mesures incitatives à l'accueil d'une patientèle bénéficiaire de la C2S pour les médecins spécialistes libéraux, de secteur 1 et de secteur 2 ne rentrant pas dans le « Forfait patientèle médecin traitant » (FPMT).

Entretien avec Dr B A chirurgien-dentiste à Nanterre

« Pour les jeunes enfants, trouver un dentiste qui les prenne en charge à des tarifs accessibles, c'est un vrai problème. Les pédodontistes pratiquent souvent des dépassements d'honoraires ou proposent des soins hors nomenclature, ce qui limite leur accès.

Pour les patients sans mutuelle, c'est encore pire. On voit régulièrement des familles renoncer aux soins, même pour des caries, simplement parce qu'elles ne peuvent pas avancer les frais. Une maman m'a dit récemment qu'elle ne pouvait pas se permettre un rendez-vous pour son enfant, car elle n'avait pas de couverture.

Et pour les personnes âgées, les démarches administratives, comme envoyer des devis à la mutuelle ou constituer des dossiers pour l'hôpital, sont parfois insurmontables, surtout avec la dématérialisation. Cela devient une barrière de plus pour accéder aux soins. »

19 Lucie Le Rolland, Pauline Mendras, Delphine Roy, Joyce Sultan Parraud, Léa Toulemon, *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*, Les dossiers de la DREES, N° 109, mai 2023

Lors de la séance d'échange avec les groupes d'appui (voir méthodologie en introduction), les personnes concernées ont indiqué que dans les territoires en pénurie de médecins, le choix du médecin d'accueillir de nouveaux patients pour compléter sa patientèle, se faisait plus souvent au détriment du patient C2S.

Selon la Cour des Comptes, « *Parmi les patients sans médecin traitant, la part des plus précaires bénéficiant de l'assurance complémentaire santé solidaire, s'accroît aussi proportionnellement plus vite. Ces résultats décevants rejoaillissent sur les passages aux urgences, en forte augmentation, qui ont atteint 21 millions en 2019.* »²⁰

Le testing réalisés par la DREES (de mars à septembre 2022)²¹ sur le refus de soins a permis de mettre en lumière des discriminations en situation réelle et de détecter des pratiques déviante que des victimes auraient pu intérioriser et/ou accepter. Il apparaît nécessaire de pérenniser cette pratique.

Proposition 21 | Pérenniser les testings sur les refus de soins potentiellement pratiqués aux patients C2S auprès de praticiens.

- ***Placer le praticien au cœur de la lutte contre les pratiques déviante : une nécessité***

Pour enrayer ces pratiques et permettre aux bénéficiaires de faire appliquer les garanties qui leur sont offertes, le CNLE recommande deux modes d'action : une formation et sensibilisation plus approfondie des médecins sur la santé des publics en situation de pauvreté ou de précarité au cours de leur formation initiale, et une information claire faite aux primo-demandeurs de la C2S sur les moyens et voies de recours possibles en cas de dépassement d'honorairos ou de refus de soins.

Les pratiques potentiellement déviante de certains professionnels peuvent trouver en partie leurs racines dans une méconnaissance des mécanismes et des enjeux liés à la pauvreté.

Proposition 22 | Améliorer la formation initiale et continue des professionnels de santé sur les problématiques santé des personnes en situation de pauvreté ou de précarité en appui sur des « patients-experts-C2S » (modules des organismes de formation initiale et continue).

Par ailleurs, les patients eux-mêmes doivent avoir des informations sur les modes de recours lorsqu'ils constatent des pratiques déviante.

Proposition 23 | Informer les bénéficiaires au moment de la première demande de C2S sur la procédure à suivre pour effectuer un signalement en cas de pratique déviante du professionnel de santé.

Proposition 24 | Rendre effective l'obligation de disposer et d'utiliser systématiquement un lecteur fonctionnel de Carte Vitale à l'ensemble des médecins conventionnés (secteur 1 et 2).

Proposition 24 bis | Sur l'attestation C2S adressée aux nouveaux bénéficiaires, préciser que celle-ci donne droit à des soins sans dépassement d'honoraires. Mentionner aussi les conséquences pour les soignants en cas de non-respect de cette règle.

Etant donné que les informations d'affiliation à la C2S sont indiquées sur la carte Vitale, cette contrainte simple permettrait de s'assurer que l'ensemble des médecins ont bien connaissance de la situation de leur patient au moment de la consultation. En effet, tous les médecins conventionnés ne disposent pas forcément de lecteur fonctionnel de Carte Vitale malgré l'obligation.

²⁰ L'organisation territoriale des soins de premier recours, Rapport public thématique, Synthèse, mai 2024 [Rapport public thématique L'organisation territoriale des soins de premiers recours](#)

²¹ [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 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques](#)

Il serait également utile de faire figurer sur l'attestation les contacts pour que les usagers sachent quels sont les recours en cas de pratique déviante.

FOCUS

Chaque changement de situation personnelle (déménagement, naissance, perte d'emploi, retraite) peut compliquer l'accès à la C2S, en particulier pour les publics vulnérables. Les jeunes, souvent mal informés, et les seniors, confrontés à des contraintes financières croissantes, nécessitent des actions adaptées. **Ces deux focus explorent les solutions pour améliorer leur accès à ce dispositif essentiel.**

► La C2S et les jeunes

La santé des jeunes en France : les leçons du rapport 2024 de la DREES

La santé des jeunes en France constitue un défi de première importance. Cette population, en pleine transition vers l'âge adulte²², est exposée à des problématiques spécifiques liées à son mode de vie, son environnement et son autonomie croissante. Les risques concernent tant la santé physique, la santé mentale, que la santé sexuelle et reproductive, ou les consommations à risque²³. Selon une étude récente²⁴ de l'UNICEF, seuls 78 % des étudiants s'estiment en bonne santé, un chiffre équivalent à celui des retraités.

Cependant, les dispositifs de couverture santé, comme la C2S, restent insuffisamment connus et accessibles pour une partie importante de ces jeunes, en particulier les plus précaires. Une étude récente de la DREES a mis en lumière ce manque d'information, en soulignant notamment la difficulté pour les étudiants de s'approprier ces démarches administratives essentielles.

Ces travaux s'articulent autour d'un principe clé dans la communication du dispositif : **anticiper et systématiser en ciblant les lieux et plateformes nécessairement visibles par les jeunes**. Ainsi, le recours à une complémentaire santé devient un "sujet" du passage à la majorité. Plusieurs espaces sont explorés par le rapport : l'enseignement secondaire, la journée de défense et de citoyenneté (JDC), le service national universel (SNU), les forums de métiers, ou encore Parcoursup.

Le CNLE salue l'importance de ces travaux mais déplore le manque de données, notamment quantitatives, sur l'accès à la C2S pour ce public. En effet, la dernière étude de la DREES à ce sujet ne prend en compte que 40 entretiens qualitatifs. Des moyens supplémentaires alloués à cet organisme permettraient de compléter la connaissance relative à ce public²⁵.

Un acteur à mobiliser pour la santé des étudiants : les universités

La DREES a identifié un manque d'informations sur la C2S dans les espaces étudiants. Comme le CNLE l'indiquait dans son avis précédent, les lieux d'enseignement supérieur doivent jouer un rôle clé en collaboration avec les CPAM et les CROUS²⁶. Les étudiants relais-santé (ERS)²⁷, directement sur le site, sont des intermédiaires entre leurs pairs et les structures de santé. Leur capacité à repérer, écouter et orienter les étudiants face à des questions de santé, tout en diffusant des informations sur les prestations du Service de Santé Étudiante et sur l'accès aux soins, contribue à mieux faire connaître la C2S. Leur rôle pourrait être renforcé en collectant des retours des territoires sur les besoins et pratiques des étudiants afin d'ajuster les mesures en conséquence.

Proposition 25 | Favoriser la signature de conventions entre les établissements d'enseignement supérieur, les CROUS et les CPAM pour améliorer l'information et promouvoir le recours à la C2S. Ces conventions devraient intégrer les étudiants relais-santé comme acteurs centraux de la prévention et de la communication auprès des autres étudiants.

²² [Enfants et jeunes - Santé publique France](#)

²³ [La santé des adolescents - UNICEF](#)

²⁴ <https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-acces-aux-soins-69-de-nos-concitoyens-victimes-d'une-aggravation-de-la-fracture-sanitaire-n132666/?dl=141842>

²⁵ Cf. recommandation 28

²⁶ CROUS : Etablissement public lié au ministère chargé de l'enseignement supérieur, dont le rôle principal est d'aider les étudiants dans leur vie quotidienne afin d'assurer la réussite dans leurs études.

²⁷ [Étudiants relais-santé | enseignementsup-recherche.gouv.fr](#)

► La C2S et les seniors

Un rapport des Petits Frères des Pauvres souligne que : « une personne âgée pauvre sur 10 indique ne pas avoir de complémentaire santé, une part qui double pour ceux qui touchent moins de 750€ par mois. »²⁸ La situation est particulièrement alarmante lorsque l'on considère les dépenses de santé des seniors, notamment des plus précaires, et l'état de leur couverture santé. **Les personnes âgées représentent une très faible part des bénéficiaires de la C2S : 93% des retraités souscrivent à un contrat individuel**²⁹.

La plupart ne connaissent pas leur droit à la C2S ou n'y sont pas éligibles alors même que leurs dépenses de santé s'alourdissent et les tarifs des contrats de complémentaire santé augmentent avec l'âge.

Au moment du passage à la retraite, les seniors se heurtent à un triple effet ciseaux, qui met en péril la capacité de financement de leurs traitements et augmente leur taux d'effort, notamment pour les plus précaires³⁰:

- Une perte de revenus;
- Une perte des avantages fiscaux ou des aides de l'employeur pour financer le contrat ;
- Des tarifs qui augmentent pour les contrats liés à l'âge.

Le Sénat a identifié que dans une **logique d'équité**, et du fait de la tarification à l'âge, c'est le **taux d'effort** (part de revenu dédiée à la souscription d'une complémentaire santé sur le marché) qui **devrait être déterminant et non le revenu**.

D'où la nécessité de créer un dispositif adapté à cette situation et à ce moment de vie précis.

Le Sénat soutient la mise en place **d'une C2S dédiée aux seniors** qui consiste à créer, sur le modèle de la C2S avec participation, un dispositif destiné aux retraités dont les ressources se situent entre le minimum vieillesse (1012€ au 1er janvier 2024) et un plafond spécifique, assortie d'une participation modeste **qui viendrait en complément et non en remplacement des dispositifs de C2S gratuite et payante**.

À ce sujet, le CNLE soutient l'initiative du Sénat de permettre aux seniors d'améliorer leur couverture santé en prenant en compte leur taux d'effort. Néanmoins, le Conseil défend qu'en relevant le seuil de la C2S gratuite au seuil de pauvreté à 60% du revenu médian (première proposition), les seniors (comme toute autre personne éligible) pourraient faire face à leurs dépenses de santé, plus sereinement.

Il apparaît également nécessaire de renforcer encore la communication vers ce public spécifique, en anticipant et systématisant la communication au moment du changement de situation. Le CNLE reconduit alors la proposition de l'avis 2023 :

Proposition 26 | En partenariat avec la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), s'assurer qu'au moment de la liquidation des droits à la retraite, les futurs retraités soient informés précisément de leurs droits à la C2S, le cas échéant.

²⁸ [« Vivre sous le seuil de pauvreté quand on a plus de 60 ans » : le nouveau rapport des Petits Frères des Pauvres](#)

²⁹ [fiche20.pdf](#) p.83

³⁰ [r23-7701.pdf \(senat.fr\)](#)

II. LA C2S AUX PRISES AVEC LES INEGALITES SOCIO-TERRITORIALES DE SANTE

Si la C2S est un levier essentiel pour accéder à une santé digne et équitable, ses effets sont limités du fait des inégalités sociales et géographiques de santé (II.A.). Dès lors, le CNLE identifie des pistes pour renforcer l'égalité d'accès aux soins (II.B).

II.A. Des inégalités socio-territoriales de santé : un facteur aggravant la santé des personnes en situation de pauvreté

Les inégalités de santé ne se limitent pas à des écarts individuels : elles sont provoquées et amplifiées par les caractéristiques sociales et territoriales des lieux de vie. Dans les territoires les plus précaires, le cumul de facteurs défavorables — accès limité aux soins, conditions de vie dégradées, et expositions environnementales nocives — aggrave l'état de santé des personnes en situation de pauvreté

➲ II.A.1 Des inégalités sociales de santé (ISS) : un sentiment de santé dégradée exacerbé et une espérance de vie réduite

Investir dans des politiques de prévention en santé ambitieuses, tout en intégrant les besoins des populations les plus exposées, est une priorité pour promouvoir une société plus juste et équitable, où chacun dispose de conditions favorables pour vivre en bonne santé. **Agir dès l'enfance sur les déterminants sociaux permet non seulement de réduire les écarts existants, mais aussi de prévenir leur reproduction dans les générations futures.** C'est tout l'enjeu notamment du Pacte des Solidarités du Gouvernement, dans le prolongement de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté.

▪ *Le gradient social de santé : des inégalités, dès l'enfance*

Les inégalités sociales de santé (ISS) traduisent des écarts injustes et évitables dans l'état de santé entre groupes sociaux. Elles s'inscrivent dans un « *gradient social de santé* »³¹ : plus la position sociale est basse, plus la santé est dégradée. Ces inégalités, qui concernent aussi la qualité de vie, sont le résultat d'une distribution inégale des déterminants sociaux de la santé, comme l'éducation, les revenus, ou les conditions de vie. (Voir figure en annexe 5)

Les ISS s'installent dès les premières années de vie et se renforcent tout au long de l'existence. Ces inégalités précoces, influencées par des conditions de vie défavorables, conditionnent des trajectoires inégales et renforcent le gradient social. Ainsi, investir dans la prévention dès les premières étapes de la vie s'avère essentiel, car une approche purement curative ne peut inverser ces écarts.

▪ *Une stratégie proactive pour réduire les inégalités sociales de santé*

Pour réduire durablement les inégalités sociales de santé (ISS), il est nécessaire d'investir dans une prévention ciblée et proportionnée, inspirée du principe d'universalisme proportionné. Cette approche, développée par Michael Marmot³², consiste à proposer des interventions adaptées à l'ensemble de la population, avec une intensité proportionnelle aux besoins des groupes les plus vulnérables.

³¹ Rapport BLACK (1980) cité par A. SEN, « Why health equity », 2009

³² [PVS_brochure_PVS13_universalisme-proportionne_juin2017.pdf](#)

Fournir le même soutien à tous n'est pas la même chose que de s'assurer que tous y ont un accès égal (sans augmenter les moyens)

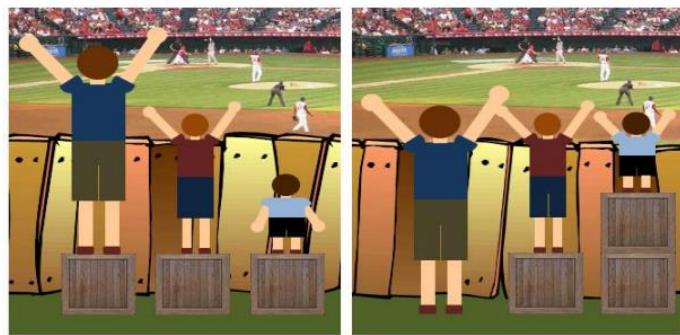
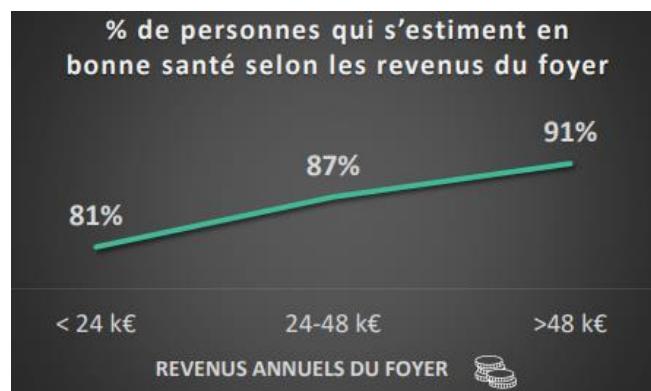


Image extraite de "Le point villes-santé sur... Universalisme proportionné : lutter contre les inégalités sociales de santé dès la petite enfance", 2022, villes-santé.com

Au-delà de fournir un repère pour la mesure des inégalités et la construction d'action publique, l'approche en termes de gradient d'universalisme proportionné permet de s'appuyer sur des initiatives existantes et de restituer la logique de leur proposition d'une offre alternative aux principes du système de santé dont cet avis documente les limites fortes et structurelles pour les populations modestes ou en situation de pauvreté et d'exclusion.

- **Le sentiment de santé dégradée chez les personnes en situation de pauvreté et de précarité**

Selon un sondage récent³³ : "91 % des personnes se disent en bonne santé dans la tranche des revenus annuels supérieurs à 48 000 €, contre 81 % seulement dans celle inférieure à 24 000 €. Même constat par catégorie socio-professionnelle, les cadres et professions intellectuelles supérieures sont 93 % à être en forme contre 88 % des ouvriers, employés ou professions intermédiaires."



Graphique de l'UFC-Que choisir, novembre 2024

Cette perception de l'état de santé déterminé par le niveau de vie est confirmée par de nombreuses études d'organismes de santé publique.

- **Des réalités perceptibles jusque dans l'espérance de vie**

En vingt ans, peu de progrès ont été notés en termes de réduction des inégalités sociales de santé³⁴. **Les disparités de morbidité et de mortalité demeurent à un niveau élevé. Les ouvriers et employés présentent**

³³ UFC Que Choisir Accès aux soins - 69 % de nos concitoyens victimes d'une aggravation de la fracture sanitaire - Action UFC-Que Choisir - UFC-Que Choisir, novembre 2024

³⁴ Actualité et dossier en santé publique n° 113, Les inégalités sociales de santé : vingt ans d'évolution, adsp n° 113 - Les inégalités sociales de santé : vingt ans d'évolution, 2021 Voir l'éditorial de Gwenn Menvielle, Thierry Lang

une espérance de vie réduite et cumulent davantage d'années d'incapacité que les cadres, principalement en raison d'une fréquence accrue de troubles musculosquelettiques, mentaux, pulmonaires et circulatoires. Ces pathologies, fortement influencées par des facteurs de risque sociaux, sont aggravées par des conditions de vie et de travail difficiles, des comportements de santé à risque et un accès limité aux soins.

De nombreux travaux sont régulièrement publiés sur ces questions. En 2022, la DREES³⁵ soulignait notamment que les **maladies chroniques, plus fréquentes chez les plus défavorisés, contribuent à cet écart d'espérance de vie, aggravé par des conditions de vie précaires dès avant la naissance** : les femmes de milieux modestes présentent davantage de facteurs de risque pendant la grossesse (tabac, obésité), favorisant prématurité et faible poids à la naissance. Chez les enfants, les inégalités perdurent : ceux des ouvriers sont deux fois plus nombreux à être en surpoids dès la maternelle, et l'obésité est bien plus répandue chez eux que chez les enfants de cadres.

Espérance de vie à 35 ans selon le sexe et la catégorie sociale, en 1991-1999 et 2020-2022

en années

Catégorie sociale	Femmes		Hommes	
	1991-1999	2020-2022	1991-1999	2020-2022
Cadre	49,8	53,0	45,8	48,9
Profession intermédiaire	49,5	52,3	43,0	47,4
Artisan, commerçant	48,8	51,7	43,1	46,4
Employé	48,7	51,2	40,1	45,1
Agriculteur	48,8	50,5	43,6	47,2
Ouvrier	47,2	49,6	38,8	43,6
Inactif non retraité	47,1	45,8	28,4	34,0
Ensemble	48,0	50,8	40,8	45,3
Écart cadre-ouvrier	2,6	3,4	7,0	5,3

Champ : France métropolitaine en 1991-1999, France hors Mayotte en 2020-2022.

Source : Insee, échantillon démographique permanent.

Par ailleurs, les inégalités sociales de santé sont particulièrement marquées dans les départements et régions d'outre-mer (DROM). L'espérance de vie y est plus faible que dans l'Hexagone, reflétant des disparités territoriales significatives.

Les femmes y subissent un risque de mortalité maternelle quatre fois plus élevé qu'en métropole, et la mortalité périnatale y reste élevée.

Ces inégalités se manifestent également par une santé perçue plus dégradée : en Guadeloupe et en Martinique, moins de 60 % des habitants se déclarent en bonne santé, comparativement à 69 % en métropole.

Les comportements à risque, tels que la consommation quotidienne de boissons sucrées, sont également plus répandus dans les DROM, contribuant à une surcharge pondérale chez 45 % de la population, dont 14% souffrent d'obésité.

Ces disparités sont exacerbées par des conditions socio-économiques défavorables, un accès limité aux soins et des infrastructures de santé insuffisantes, nécessitant des politiques publiques ciblées pour améliorer la santé des populations ultramarines.

³⁵ G. Bagein, V. Costemalle, T. Deroyon, J-B. Hazo, D. Naouri, E. Pesonel, A. Vilain, *L'état de santé de la population en France à l'aune des inégalités sociales*, Les dossiers de la DREES, n° 102, 2022, [L'état de santé de la population en France à l'aune des inégalités sociales | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques](#)

Par ailleurs, il convient de compléter ces chiffres en précisant que dans le cas de l'extrême pauvreté, en métropole comme dans les DROM, le constat est exacerbé. Ainsi, pour les personnes sans domicile fixe, le collectif *Les Morts de la Rue* soulignait dans un rapport de novembre 2024 que : "l'âge moyen au décès reste "tragiquement" bas, à 48,8 ans, un écart significatif de 31,1 ans par rapport à la population générale."³⁶

➲ II.A.2 Des inégalités territoriales de santé

▪ **Déserts médicaux et stratégies individuelles de recours aux soins empêchées**

"L'accès aux soins des Français apparaît menacé par l'existence ou l'apparition d'espaces caractérisés par un manque de soignants souvent appelés « déserts médicaux ». Ces espaces renvoient en fait à des réalités multiples relatives à la faiblesse de l'offre médicale disponible couplée à l'enclavement des territoires et à l'importance des besoins de soins ".³⁷

Pour certaines personnes, obtenir un médecin traitant implique de se voir proposer un praticien situé à plusieurs dizaines de kilomètres. Plusieurs facteurs alimentent alors le renoncement à avoir un médecin traitant, et par extension, l'accès aux soins : les contraintes de déplacement liées à la maladie, le coût financier des trajets ou encore l'absence de moyens de transport adaptés.

Madame K.D. « Il a proposé à un Monsieur un médecin traitant situé à 70 kilomètres de chez lui. Or, il n'a pas de véhicule. Comment faire quand on a des maladies chroniques et qu'il faut consulter régulièrement ? »

Les personnes en situation de précarité se trouvent souvent dans une position de vulnérabilité accrue lorsqu'elles vivent dans des territoires sous-dotés en professionnels de santé. Contrairement aux populations plus aisées, elles ne disposent pas de marges de manœuvre financières suffisantes pour compenser ces disparités par des stratégies de recours. Ces obstacles géographiques et financiers renforcent leur dépendance à une offre de soins de proximité souvent dégradée.³⁸

▪ **Le premier recours à l'aune des besoins des populations précaires**

La relative proximité géographique des médecins est cruciale pour les populations en situation de pauvreté ou de précarité pour qui les distances sont un des premiers motifs de renoncement aux soins. Or, la répartition inégale des professionnels de santé sur le territoire aggrave les inégalités d'accès aux soins, particulièrement dans les zones sous-dotées. Pour garantir une prise en charge équitable et adaptée, il est impératif de permettre à chaque territoire d'avoir une offre décente de professionnels de santé.

Cette réalité des déserts médicaux concerne des territoires très hétérogènes, qu'il s'agisse des territoires ruraux comme des quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV).

En septembre 2024, le 18ème baromètre de la pauvreté du Secours populaire se penchait sur la question de l'accès aux soins, révélant la situation critique des territoires ruraux. Il indiquait : « Si certains territoires sont moins dotés en services publics, ce n'est pas du fait de leur ruralité mais de la pauvreté de ceux qui les habitent », notent les sociologues Benoît Coquard et Clara Deville (*Le Monde diplomatique*, juillet 2024). Pour

³⁶ Collectif *Les Morts de la Rue*, 12ème rapport annuel, *Mortalité des personnes sans chez-soi en 2023, Dénombrer et décrire*, Publication novembre 2024 Microsoft Word - Rapport.2023.V3

³⁷ Véronique Lucas-Gabrielli et Guillaume Chevillard, « Déserts médicaux » et accessibilité aux soins : de quoi parle-t-on ?, *Med Sci* (Paris), Volume 34, Numéro 6-7, Juin-Juillet 2018, Les Cahiers de Myologie, IRDES, [« Déserts médicaux » et accessibilité aux soins : de quoi parle-t-on ? | médecine/sciences](#)

Pour mesurer les besoins, les décideurs publics locaux peuvent s'appuyer sur des indicateurs tels que l'Accessibilité potentielle localisée qui tient compte du niveau d'activité des médecins pour mesurer l'offre et du taux de recours différencié par âge des habitants pour mesurer la demande. Il s'agit d'un indicateur local, calculé au niveau de chaque commune mais qui considère également l'offre de médecins et la demande des communes environnantes. [Accessibilité potentielle localisée \(APL\) aux médecins généralistes | L'Observatoire des Territoires](#)

³⁸ Voir la carte interactive sur l'Accessibilité potentielle localisée [Accessibilité potentielle localisée \(APL\) aux médecins généralistes | L'Observatoire des Territoires](#)

l'accès aux services publics fondamentaux, la situation apparaît préoccupante : un Français sur trois (34 %) juge difficile l'accès aux services de santé autour de chez lui. Cette proportion atteint plus de deux habitants sur cinq en zone rurale (44 %) ».³⁹

C'est dans ce contexte de désertification médicale et de difficulté d'accès aux soins de leurs habitants que 54 maires ruraux des Côtes-d'Armor, rejoints par d'autres communes en France, ont pris des arrêtés mettant en demeure l'État d'initier un plan d'urgence pour la santé, et dénonçant une atteinte à la dignité humaine.⁴⁰

Les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV), qui regroupent environ 5,2 millions d'habitants, sont particulièrement touchés par des inégalités d'accès aux soins⁴¹. Dans ces territoires particulièrement touchés par la pauvreté, la densité de médecins généralistes y est largement inférieure à la moyenne nationale (ex. 63 médecins pour 100 000 habitants en Seine-Saint-Denis, contre 94 pour 100 000 au niveau national). Cette pénurie contribue à une moindre consultation médicale : les habitants des QPV sont 10 % moins nombreux à consulter un médecin généraliste au moins une fois par an.

Pour réduire ces écarts entre les territoires, il est essentiel de veiller à avoir un bon maillage géographique de l'offre médicale, d'améliorer la prévention et d'agir sur les déterminants sociaux de santé, afin de répondre efficacement aux besoins des populations les plus vulnérables. **Le CNLE souscrit aux recommandations de l'UFC Que choisir dans son appel à résorber la fracture sanitaire, en adoptant notamment la proposition suivante :**

Proposition 27 | L'instauration d'un conventionnement territorial des médecins, ne leur permettant plus de s'installer en zones surdotées, à l'exception du secteur 1 (tarif de la Sécurité sociale) quand la situation l'exige (remplacement d'un médecin partant à la retraite ou zone très largement sous-dotée en médecins en secteur 1)⁴²

II.B. Mieux répondre aux besoins de santé des personnes en situation de pauvreté : expertise, gouvernance et initiatives locales

Le déploiement d'une action plus efficace en matière de lutte contre la précarité sanitaire doit reposer sur une observation plus fine des réalités territoriales (B.1) comme préalable nécessaire à la constitution d'une offre de santé de proximité inclusive et adaptée (B.2).

⇒ II.B.1. Comprendre les besoins de santé pour mieux administrer

▪ Objectiver l'accès aux soins pour mieux répondre aux besoins locaux

Pour mieux répondre aux besoins de la population, **il est essentiel de pouvoir s'appuyer sur une collecte robuste des données afin de construire des politiques de santé adaptées aux réalités territoriales et sociales**. Cela implique une capacité d'analyse précise de l'offre de soins, en tenant compte de l'accessibilité réelle, qu'elle soit financière, physique ou liée aux droits sociaux.

³⁹ 18e baromètre de la pauvreté et de la précarité Ipsos / Secours populaire français - édition 2024 - Association Nationale

⁴⁰ Des dizaines de maires des Côtes-d'Armor assignés en justice... car ils défendent l'accès aux soins - Le Parisien

⁴¹ Voir l'article de I. Lefebvre, E. Ros, *Inégalités de santé : quelle situation dans les quartiers pauvres ?*, Institut Montaigne, 2022, *Inégalités de santé : quelle situation dans les quartiers pauvres ?* | Institut Montaigne

Avec plus de 40 % des habitants vivant sous le seuil de pauvreté, contre 14 % au niveau national, et un taux de chômage atteignant 18 %. Les contraintes financières limitent l'accès à certains soins, notamment dentaires et optiques. À cela s'ajoutent des conditions de vie défavorables, comme des logements insalubres et une alimentation déséquilibrée, qui aggravent les pathologies chroniques telles que le diabète ou les troubles respiratoires.

⁴² Pratiques tarifaires des médecins - Halte au laisser-faire ! - Action UFC-Que Choisir - UFC-Que Choisir

Comme évoqué dans la première partie de l'avis, le non-recours représente un problème central pour l'accès à la C2S. Il est essentiel de pouvoir dresser un état des lieux plus détaillé des difficultés d'accès pour mieux administrer le dispositif, notamment sur des publics ciblés (comme les jeunes, la population ultramarine...)

Proposition 28 | En réponse aux données lacunaires disponibles pour appréhender le phénomène de non-recours à la C2S en outre-mer, le CNLE demande le financement d'une étude dédiée.

Il est également crucial de mesurer le temps médical disponible, en intégrant les évolutions des pratiques professionnelles, et de considérer l'ensemble des dispositifs, comme la médecine de ville, la PMI, la médecine scolaire, ainsi que les actions agissant sur les déterminants de santé tels que le logement ou le soutien à la parentalité.

Parallèlement, l'analyse de la demande doit croiser diverses sources de données issues des diagnostics territoriaux, tout en documentant les trajectoires des publics vulnérables, notamment les personnes âgées, handicapées, réfugiées ou sans domicile. L'intégration de nouvelles données sur les freins en matière de santé, enrichira cette compréhension. **Une observation fine et globale est ainsi indispensable pour cibler les vulnérabilités, ajuster les politiques publiques et renforcer l'efficacité de l'action collective.**

Comme le recommande le HCAAM⁴³, « *les services à rendre en proximité à toute la population devraient constituer un cahier des charges pour les organisations et professionnels qui fournissent ou organisent ces services.* ». Ce document de diagnostic des besoins de santé⁴⁴ permettrait une orientation plus fine et une gestion plus pertinente des parcours des patients.

Les Observatoires Régionaux de la Santé (ORS) jouent un rôle central dans cette identification des besoins de santé des populations, particulièrement celles en situation de pauvreté. Leur ancrage territorial leur permet d'accompagner les acteurs locaux et régionaux, comme les agences régionales de santé (ARS) et les collectivités territoriales, en leur fournissant des analyses détaillées et des outils adaptés. Ils interviennent tout au long du cycle des politiques publiques, de leur conception à leur évaluation, et adoptent une **approche de "santé globale"**. Celle-ci intègre non seulement les besoins médicaux, mais également les déterminants sociaux et environnementaux de la santé, tels que l'urbanisme ou l'accès aux services sociaux, ce qui contribue à une meilleure compréhension des enjeux locaux et des vulnérabilités spécifiques.

Ces observatoires disposent de moyens financiers hétérogènes, ce qui peut impacter leurs travaux de collecte de données locales.

⁴³ HCAAM, Organisation des Soins de proximité : Garantir l'accès de tous à des soins de qualité, Septembre 2022
[avis_hcaam_organisation_soins_proximite.pdf](#)

⁴⁴ Notamment concernant les soins somatiques et en santé mentale, en prévention, en accompagnement et éducation thérapeutique, soins à domicile, soins non programmés

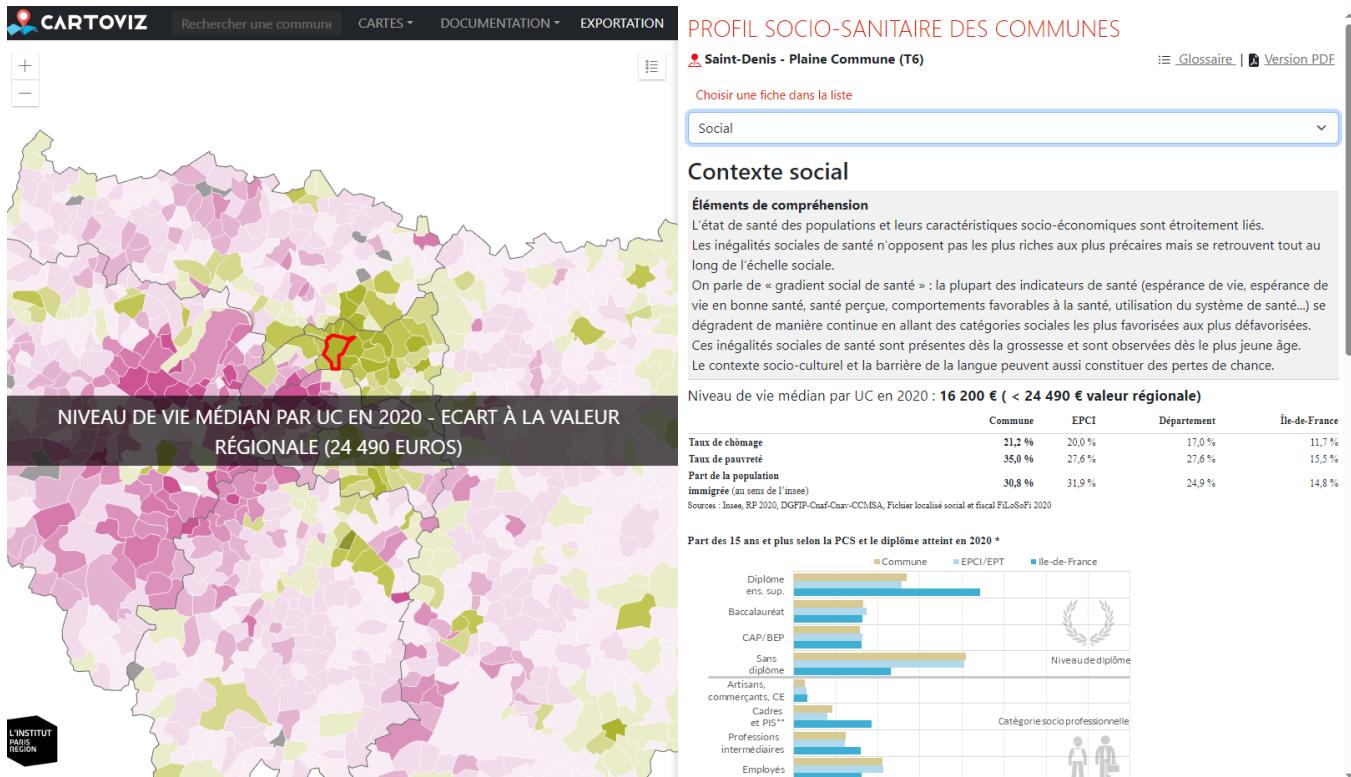


Figure : Cartoviz, Système d'information géographique de l'ORS Ile-de-France

Proposition 29 | Assurer aux Observatoires régionaux de santé les moyens de produire ou colliger, partout sur le territoire national (dont les DROM), des données fines, à jour et comparables au niveau national (en appui sur AtlaSanté⁴⁵). Cette démarche s'appuie sur une volonté des ARS de coordonner les observations et de les rendre comparables.

Proposition 29 bis | Dans chaque ORS identifier un référent “personne en situation de pauvreté ou précarité”.

- *Intégrer les personnes concernées dans la gouvernance locale de la santé : s'appuyer sur le vécu pour mieux comprendre, mieux agir*

En miroir de l'impératif de disposer de données d'observation fiables afin de disposer d'un éclairage objectif, il est essentiel d'associer les populations précaires à la gouvernance locale de la santé, pour concevoir des politiques adaptées et parvenir à réduire les inégalités. Cette démarche permettrait de mieux comprendre leurs besoins spécifiques et de co-construire des solutions qui tiennent compte des obstacles qu'elles rencontrent, tels que la méconnaissance des dispositifs, la stigmatisation ou les difficultés administratives. Il ne s'agit pas uniquement d'écouter, mais aussi de donner à ces populations les moyens de peser sur les décisions publiques qui les concernent. Des initiatives concrètes montrent les bénéfices d'une telle approche.

Par exemple, dans certaines maisons de santé participatives comme Santé Commune à Vaulx-en-Velin, des usagers issus de milieux précaires participent activement à la gouvernance à travers des comités citoyens⁴⁶. Ces espaces leur permettent de co-construire des campagnes de prévention adaptées, comme des ateliers en langue étrangère ou des consultations dans des lieux informels.

La co-construction est également au cœur de projets comme la **mutuelle municipale solidaire** à Bobigny, où une enquête menée au printemps 2022 a permis de cerner les besoins spécifiques des habitants en

⁴⁵ AtlaSanté est un projet des Agences Régionales de Santé et du ministère de la Santé pour mutualiser, gérer et diffuser les données utiles aux prises de décisions

⁴⁶ [ACCUEIL | Monsite](#)

matière de santé. Cette démarche participative a conduit à la sélection d'une offre adaptée, mise en place en janvier 2023. Cette implication renforce non seulement l'efficacité des politiques locales, mais aussi la confiance des usagers envers les institutions. « *La mise en place d'une mutuelle communale répond à l'objectif de pouvoir proposer une complémentaire santé à prix négociés à la partie de la population qui n'en bénéficie pas pour l'instant. Après consultation auprès des Balbyniennes et Balbyniens sur les contours à donner à cette offre la Ville a fait son choix.* »⁴⁷

De manière générale, le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (Igas) souligne également l'impact positif de l'implication directe des populations précaires dans les politiques publiques de santé. Il met en avant des démarches où ces citoyens ont pu définir des priorités et orienter les actions, rendant les dispositifs plus pertinents et inclusifs.⁴⁸

Intégrer pleinement ces populations dans la gouvernance nécessite de surmonter plusieurs défis, comme la méfiance envers les institutions et les inégalités dans la capacité à participer. Des outils de formation et des espaces d'expression, comme ceux mis en place dans les centres de santé communautaires, peuvent jouer un rôle clé pour surmonter ces obstacles et garantir une implication équitable.

En somme, **inclure les personnes concernées dans la gouvernance locale de la santé permettrait de concevoir des politiques mieux adaptées, de réduire les inégalités et de renforcer la légitimité des institutions**. Cette démarche, bien que complexe, constitue une condition indispensable pour une santé publique plus juste et inclusive. Cette disposition exige symétriquement un accompagnement adapté des personnes accompagnées et des formations à leur attention pour une participation fructueuse.

Comme en 2023, le CNLE propose d'assurer une représentation des usagers de la C2S dans l'ensemble du paysage sanitaire de France⁴⁹, en complément de la représentation habituelle des usagers.

Proposition 30 (Reconduction 2023) | Assurer la représentation des usagers de la C2S dans la gouvernance des instances de pilotage du secteur sanitaire et en premier lieu dans le comité de suivi de la CSS.

⇒ **II.B.2 Développer la structuration d'un système de santé de proximité : accès, initiatives et coordination**

Pour répondre aux besoins croissants de santé des populations vulnérables, notamment celles en situation de pauvreté, il est indispensable de structurer des dispositifs de proximité et de les mobiliser afin de réduire les inégalités d'accès aux soins. Cela implique à la fois une approche proactive, comme l'*aller-vers*, qui permet d'atteindre les publics les plus éloignés des services de santé, et des solutions organisationnelles durables, telles que le développement de structures d'exercice coordonné. Ces initiatives, complémentaires dans leur approche, visent à réconcilier les enjeux d'inclusion et de cohésion territoriale avec une offre de soins adaptée et équitable.

▪ Structurer l'*aller-vers*, pour une démarche proactive et inclusive

L'approche de l'*aller-vers* reflète une démarche proactive visant à réduire les inégalités d'accès en allant directement à la rencontre des personnes éloignées des droits ou des soins. En France, elle est largement adoptée pour répondre aux besoins des publics précaires et repose sur des collaborations multiparténariales intégrant les déterminants sociaux et environnementaux dans une logique d'accompagnement global. Si certains y voient une démarche essentiellement philosophique (« *L'aller-*

⁴⁷[La mutuelle communale solidaire - Ville de Bobigny](#)

⁴⁸ Inspection Générale des Affaires Sociales, *La participation citoyenne dans les politiques de solidarité : état des lieux et perspectives*, 2024, [La participation citoyenne directe dans les politiques de solidarité : état des lieux et perspectives | Igas](#)

⁴⁹ Il s'agit par exemple des conseils de surveillance des hôpitaux, des conseils locaux de santé, des Conférences régionales de la santé et de l'Autonomie

vers » relève plus d'une philosophie que d'un dispositif ou d'une méthode bien définie⁵⁰), d'autres considèrent qu'elle s'appuie sur une méthode structurée, en appui sur des acteurs associatifs et institutionnels. **Ces deux visions convergent vers un enjeu clé : renforcer le portage politique pour garantir son efficacité et sa pérennité.**

Un exemple concret de cette démarche est celui des Missions Accompagnement Santé (MISA), déployées par l'Assurance Maladie, en appui sur les CPAM. Ces conseillers spécialisés assistent les personnes confrontées à des obstacles tels que l'absence de complémentaire santé ou la difficulté à obtenir des rendez-vous médicaux. En 2023, leur champ d'intervention a été renforcé pour mieux couvrir les zones rurales et urbaines en tension, rétablissant un lien entre les publics fragiles et le système de santé.

L'approche proactive doit également mobiliser les structures généralistes qui accueillent et accompagnent ces publics parmi leurs usagers. Ainsi, **les bilans de santé en PMI, la médecine scolaire, et les Maisons France Services jouent un rôle clé dans l'identification des besoins ou l'accompagnement des usagers.** Par exemple, dans certaines communes comme à Castelnau-le-Lez, des ateliers-santé intégrés dans des structures comme les Maisons France Services facilitent l'accès aux soins pour des publics éloignés, notamment via des actions de prévention ou des permanences d'orientation.⁵¹

Les initiatives locales sont diversifiées à la mesure des spécificités des territoires et des besoins. À Amiens par exemple, des collaborations entre la médecine scolaire et les services sociaux locaux illustrent cette démarche. Les assistants de service social identifient des situations de vulnérabilité, comme la précarité énergétique, qui impactent directement la santé des élèves. En travaillant avec des structures comme la Maison des Adolescents de la Somme, ces professionnels orientent les jeunes et leurs familles vers des dispositifs adaptés, offrant une réponse mieux coordonnée aux problématiques sanitaires et sociales.

Pour maximiser l'impact de l'aller-vers, il est crucial de renforcer la formation de certains professionnels de santé dans une sorte de balancier « l'aller-vers inversé » afin qu'ils comprennent mieux les barrières structurelles rencontrées par les publics précaires. En Nouvelle-Aquitaine par exemple, le programme PACTE CPTS, soutient cette dynamique en formant les coordinateurs des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) à inclure des "patients-experts" dans leurs réflexions et actions. Ces patients partagent leur vécu pour sensibiliser les soignants aux besoins spécifiques des personnes précaires, contribuant à une prise en charge plus adaptée et plus humaine.

Cette sensibilisation des soignants doit pouvoir s'appuyer sur l'enseignement initial et continu des professionnels, en appui sur des "patients-C2S-experts" (cf. proposition 22)

Enfin, des initiatives associant des communes et des associations de santé permettent de développer des actions concrètes et d'une portée majeure. Parce que les personnes en situation de précarité sont davantage exposées aux facteurs de risque de cancer et rencontrent davantage d'obstacles à l'accès aux soins et au dépistage, les partenariats communes/associations émaillent le territoire national. Ainsi, la Ligue nationale contre le cancer déploie à travers le territoire le programme "Ma Ville se Ligue"⁵², afin d'aider les communes à bâtir des politiques locales favorables à la prévention et à la lutte contre le cancer. En intégrant ce dispositif, les communes bénéficient de l'expertise de cette association nationale implantée dans toute la France pour concevoir des initiatives transversales et inclusives qui répondent aux besoins spécifiques de leurs habitants, en réduisant les inégalités d'accès à la prévention et aux soins.

⁵⁰ CNS, Rapport sur la santé bucco-dentaire, décembre 2024

⁵¹ Des ateliers pour vous faciliter le quotidien à la Maison France Services ! - Ville de Castelnau-le-Lez

⁵² Présentation PowerPoint

FOCUS : Le programme de prévention bucco-dentaire de Nanterre

Face à l'arrivée d'enfants porteurs de caries dès la petite section de maternelle, Nanterre a développé des actions en crèche et PMI pour sensibiliser les parents dès le plus jeune âge. En complément, la ville envisage de lancer un programme d'éducation thérapeutique pour offrir un suivi ciblé et approfondi des jeunes patients les plus à risque ou sujets à des récidives, en collaboration avec leurs familles.

Cependant, le manque de pédodontistes, attirés par le secteur libéral, complique l'accès aux soins dentaires pour les enfants, nécessitant un accompagnement social et des actions de médiation. Les habitants pâtissent de difficultés persistantes pour obtenir des rendez-vous.

Proposition 31 | Définir des objectifs territoriaux et chiffrés pour déployer les MISA dans les zones identifiées comme prioritaires, en accompagnant ce développement d'une évaluation systématique de leur impact sur l'accès aux soins.

Propositions 32 | Soutenir des démarches d'*aller-vers* co-construites, avec une approche pluridisciplinaire permettant un accompagnement global des personnes les plus précaires.

Pour atteindre cet objectif, les structures de santé, les institutions généralistes (telles que les établissements scolaires, France Travail ou les Maisons France Services) et les associations reconnues d'utilité publique devraient coordonner leurs actions et mutualiser leurs compétences. Ces initiatives pourraient s'appuyer sur le dispositif Article 51⁵³ qui vise à expérimenter de nouvelles organisations en santé et de nouveaux modes de financement.

Cette approche proactive de *l'aller-vers* trouve un prolongement naturel dans le développement de structures d'exercice coordonné, qui offrent un cadre pérenne et organisé pour répondre aux besoins de santé de proximité tout en favorisant un maillage équitable du territoire.

- **Soutenir les structures d'exercice coordonné à but non-lucratif pour un maillage du territoire**

Les organisations coordonnées territoriales peuvent prendre diverses formes telles que les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), les centres de santé (CDS), les équipes de soins primaires (ESP)...

Dans un contexte de raréfaction de la ressource médicale, le **CNLE propose la création de nouveaux centres de santé non lucratifs selon un maillage territorial défini par l'offre de soins existante**, et de soutenir financièrement ces structures en modifiant leur mode de financement. Néanmoins, quelques précautions concernant la mixité sociale de la patientèle sont à prendre pour éviter toute dérive vers un modèle de dispensaire.

Pour répondre aux besoins de santé de la population, ces centres de santé auraient pour priorité l'accès aux soins et devraient donc avoir une activité en soins primaires majoritaire.

Ces centres de santé à vocation de service public répondraient à un maillage territorial permettant à chaque usager d'avoir un accès aux soins de premier recours de proximité. Ce maillage serait déterminé par un zonage tenant compte de l'offre de soins existante sur le territoire et des besoins de santé de la population.

La création de ces structures répondrait au problème d'attractivité de la profession, notamment pour les jeunes professionnels de santé en proposant un exercice salarié et en équipe. Grâce à la mise en commun

⁵³ [Expérimenter et innover pour mieux soigner - Ministère de la santé et de l'accès aux soins](#)

des fonctions support dans les centres de santé, le temps des professionnels de santé est dédié aux soins. Libérer ces derniers des tâches administratives, permettrait de gagner du temps de soignants dans ce contexte de désertification médicale.

Ces centres de santé, pivot des soins de ville sur le territoire, déploieraient un projet de santé basé sur un diagnostic territorial, offriraient une prise en charge pluridisciplinaire et en équipe aux usagers inscrits et participeraient à la formation des jeunes professionnels.

À ce jour, près de 3 000 centres de santé déploient leur offre de soins sans dépassement d'honoraires et sans avance de frais sur le territoire national. La majorité d'entre eux souffre d'un modèle économique fragile qui freine leur développement pouvant aller jusqu'à la fermeture pour certains. Les centres de santé pâtissent d'un modèle économique pensé pour l'exercice libéral mono-professionnel qui inclut un financement à l'acte associé à un financement au projet (accord national) inadapté à leurs activités de soins en équipe et aux missions de service publique mise en œuvre pour leur patientèle et le territoire.

FOCUS : Nanterre, un exemple de ville ayant pris une compétence en matière de santé et de prévention de la santé, en régie

Nanterre, deuxième ville la plus peuplée des Hauts-de-Seine (96 000 habitants), combine un dynamisme démographique (28 % de jeunes de moins de 20 ans) et des vulnérabilités socio-économiques marquées. Le taux de pauvreté y atteint 20 % (contre 15,5 % en Ile-de-France) et le niveau de vie médian par UC était de 21 230 € en 2020 contre 24 490 € en Ile-de-France

Par ailleurs, les indicateurs de santé reflètent ces fragilités : 15,5 % des plus de 17 ans bénéficient de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S), soit plus du double de la moyenne départementale (7,1 %). L'espérance de vie des habitants est inférieure à celle de la région et le taux de mortalité prématurée y est plus élevé.

Pour faire face à ces défis, Nanterre développe une politique de santé inclusive. Historiquement, les premiers centres de santé municipaux ont vu le jour après la Seconde Guerre mondiale pour favoriser l'accès aux soins. Aujourd'hui, ces structures accueillent 11 000 patients et enregistrent 65 000 consultations annuelles. La ville déploie également une quinzaine de programmes de prévention chaque année, touchant plus de 10 000 enfants, 3 000 adolescents et environ 1 000 adultes. Ces initiatives abordent des enjeux variés tels que la santé mentale, la nutrition, le dépistage des cancers ou encore la santé des travailleurs migrants.

Afin de permettre à ces structures de poursuivre leurs activités au service de leur patientèle, il conviendrait de faire évoluer leur modèle économique dans le sens des propositions suivantes :

Proposition 33 | Permettre aux centres de santé non lucratifs de disposer d'un financement forfaitaire de l'équipe traitante :

- **Prise en compte de l'ensemble de la file active suivie au centre de santé par l'équipe traitante (et non plus uniquement le médecin traitant) dans les financements forfaits.**
- **Proposer une rémunération forfaitaire pour les patientèles inscrites auprès d'un médecin traitant dans les centres de santé en permettant aux expérimentations PEPS et IPEP⁵⁴ de passer dans le droit commun.**

Proposition 34 | 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.

⁵⁴ PEPS et IPEP : Deux expérimentations de financement dans des centres de santé, nommées Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) et Paiement en équipe de professionnels de santé en ville (Peps).

Voir l'article en ligne [2021, l'expérience PEPS démarre dans 16 centres de santé](#)

ANNEXES |

- ▶ Annexe 1 : Tableau des recommandations adoptées en 2024
- ▶ Annexe 2 : Composition du groupe de travail sur la C2S
- ▶ Annexe 3 : Liste des auditions menées pour l'élaboration de l'avis
- ▶ Annexe 4 : Contribution externe
- ▶ Annexe 5 : Les déterminants sociaux de la santé
- ▶ Annexe 6 : Liste des sigles et des acronymes

▶ Annexe 1 : Tableau des propositions

Ce tableau récapitule les propositions formulées dans le présent avis, tout en incluant certaines qui avaient été émises par le CNLE dans son avis sur le rapport de la DSS de 2023 (identifié par « reconduction 2023 »). Certaines de ces propositions de 2023 ont d'ailleurs été adaptées pour tenir compte des évolutions du dispositif, tandis que d'autres, bien que non reprises dans le corps de l'avis 2024, demeurent pleinement pertinentes.

Les propositions de l'avis C2S 2024
Proposition générale 1 : 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 (...) => reconduction 2023
Proposition générale 2 : Assurer une protection sociale renforcée pour les personnes en situation de pauvreté ou de précarité nécessitant des soins complexes et indispensables en instaurant une garantie de continuité des services essentiels : aucune expulsion, aucune coupure d'eau ou d'électricité, notamment pour les patients à haut risque vital pris en charge à domicile ou les familles précaires avec enfant(s) ayant une personne malade dans le foyer (en cours de traitement médical ou hospitalisé à domicile).
Proposition générale 3 : Ajuster le plafond de la C2S gratuite (C2SG) au niveau du seuil de pauvreté, fixé à 60 % du niveau de vie médian (soit 1 309 euros par unité de consommation, selon les calculs de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), corrigés de l'inflation). => reconduction 2023
Proposition générale 4 : Créer une version accessible de la C2S payante (C2SP) pour les personnes juste au-dessus du seuil de pauvreté et en situation de précarité économique, avec une contribution modérée (par exemple, 1 euro par jour) et un plafond de ressources adapté à définir sur la base d'une expertise approfondie menée par la DREES et la DSS (illustration par cas-type).
Proposition 5 : Fusionner la protection universelle maladie (PUMA) avec la complémentaire santé solidaire (C2S) et l'aide médicale d'Etat (AME) => reconduction 2023
Proposition 6 : Financer une campagne nationale de communication et d'information ambitieuse à destination du grand public sur le portail « Mes droits sociaux », qui serait relayée sur les espaces publicitaires des mairies, dans les maisons France services, dans les bureaux de Poste, comme dans les médias, auprès des professionnels de santé (affiches dans les salles d'attente, flyers...) et dans les salons professionnels.
Proposition 7 : Réaliser une déclinaison des campagnes de communication à destination des publics spécifiques de la C2S, en associant les usagers à son élaboration, notamment dans la co-construction des messages à délivrer.
Proposition 8 : Accélérer le calendrier de simplification, en particulier pour les jeunes bénéficiaires du CEJ. => reconduction 2023
Proposition 9 : Simplifier les règles d'attribution de la C2S pour restreindre le nombre de cas particuliers.
Proposition 10 : Rendre le simulateur de droits plus simple et intuitif, avec un accompagnement renforcé pour les publics en difficulté.
Proposition 11 : Garantir la clarté des documents requis et leur limitation stricte aux justificatifs indispensables pour l'ouverture des droits à la C2S, en prévoyant des solutions pour les publics éloignés des outils numériques.

Proposition 12 : Communiquer sur le bilan de la « stratégie d'accueil » et tout particulièrement le pilier « accueil sur rendez-vous » qui devrait concerner les usagers de la C2S, notamment dans le cadre des rapports annuels de la DSS.
Proposition 13 : Proposer un accompagnement adapté aux publics éloignés de l'administration numérique en instaurant des référents professionnels accessibles par ligne directe ou e-mail dédié. Maintenir les formulaires papier pour ceux qui le souhaitent.
Proposition 14 : Documenter les pratiques administratives par territoire et entre opérateurs (CPAM & MSA) pour objectiver l'équité de traitement à des échelles fines.
Proposition 15 : Faciliter les échanges d'information ainsi que l'outillage juridique et normatif des professionnels de l'accompagnement par la publication systématique des « lettres réseau » adressées à un public plus large.
Proposition 16 : 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.
Proposition 16 bis : Etudier le scénario d'une extension du panier de soins C2S pour les personnes ayant des pathologies lourdes ou bénéficiant de la prestation de compensation du handicap (PCH), ainsi que les séniors. Cette expertise pourrait s'appuyer sur une étude de cas-type conduite par la DREES et la DSS.
Proposition 17 : Financer une étude comparative du panier de soins proposé par la C2S et ceux proposés par les complémentaires d'entreprise à des tarifications similaires.
Proposition 18 : Pour les patients C2S et lorsque la situation médicale l'exige, les soins dits de « confort » doivent pouvoir être remboursés à 100% dès lors que le médecin l'indique sur l'ordonnance.
Proposition 19 : Le CNLE reprend la recommandation de l'UFC Que choisir pour une fermeture de l'accès au secteur 2 (à honoraires libres) à l'origine du développement incontrôlé des dépassements d'honoraires. Les nouveaux médecins ne devraient avoir le choix qu'entre un secteur 1 aux honoraires sans dépassements et l'Option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM), qui encadre les dépassements d'honoraires.
Proposition 20 : Mettre en place des mesures incitatives à l'accueil d'une patientèle bénéficiaire de la C2S pour les médecins spécialistes libéraux, de secteur 1 et de secteur 2 ne rentrant pas dans le « Forfait patientèle médecin traitant » (FPMT) - => reconduction 2023
Proposition 21 : Pérenniser les testings sur les refus de soins potentiellement pratiqués aux patients C2S auprès de praticiens.
Proposition 22 : Améliorer la formation initiale et continue des professionnels de santé sur les problématiques santé des personnes en situation de pauvreté ou de précarité en appui sur des « patients-experts-C2S » (modules des organismes de formation initiale et continue).
Proposition 23 : Informer les bénéficiaires au moment de la première demande de C2S sur la procédure à suivre pour effectuer un signalement en cas de pratique déviante du professionnel de santé.
Proposition 24 : Rendre effective l'obligation de disposer et d'utiliser systématiquement un lecteur fonctionnel de Carte Vitale à l'ensemble des médecins conventionnés (secteur 1 et 2).
Proposition 24 bis : Sur l'attestation C2S adressée aux nouveaux bénéficiaires, préciser que celle-ci donne droit à des soins sans dépassement d'honoraires. Mentionner aussi les conséquences pour les soignants en cas de non-respect de cette règle.
Proposition 25 : Favoriser la signature de conventions entre les établissements d'enseignement supérieur, les CROUS et les CPAM pour améliorer l'information et promouvoir le recours à la C2S. Ces conventions devraient intégrer les étudiants relais-santé comme acteurs centraux de la prévention et de la communication auprès des autres étudiants.

Proposition 26 : En partenariat avec la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), s'assurer qu'au moment de la liquidation des droits à la retraite, les futurs retraités soient informés précisément de leurs droits à la C2S, le cas échéant.
Proposition 27 : Reprise de la recommandation de l'association UFC Que Choisir : L'instauration d'un conventionnement territorial des médecins, ne leur permettant plus de s'installer en zones surdotées, à l'exception du secteur 1 (tarif de la Sécurité sociale) quand la situation l'exige (remplacement d'un médecin partant à la retraite ou zone très largement sous-dotée en médecins en secteur 1)
Proposition 28 : En réponse aux données lacunaires disponibles pour appréhender le phénomène de non-recours à la C2S en outre-mer, le CNLE demande le financement d'une étude dédiée.
Proposition 29 : Assurer aux Observatoires régionaux de santé les moyens de produire ou colliger, partout sur le territoire national (dont les DROM), des données fines, à jour et comparables au niveau national (en appui sur AtlaSanté). Cette démarche s'appuie sur une volonté des ARS de coordonner les observations et de les rendre comparables.
Proposition 29 bis : Dans chaque ORS identifier un référent "personne en situation de pauvreté ou précarité".
Proposition 30 : Assurer la représentation des usagers de la C2S dans la gouvernance des instances de pilotage du secteur sanitaire et en premier lieu dans le comité de suivi de la C2S. => reconduction 2023
Proposition 31 : Définir des objectifs territoriaux et chiffrés pour déployer les MISA dans les zones identifiées comme prioritaires, en accompagnant ce développement d'une évaluation systématique de leur impact sur l'accès aux soins.
Proposition 32 : Soutenir des démarches d'aller-vers co-construites, avec une approche pluridisciplinaire permettant un accompagnement global des personnes les plus précaires.
Proposition 33 : Permettre aux centres de santé non lucratifs de disposer d'un financement forfaitaire de l'équipe traitante : <ul style="list-style-type: none"> - Prendre en compte de l'ensemble de la file active suivie au centre de santé par l'équipe traitante (et non plus uniquement le médecin traitant) dans les financements forfaits. - Proposer une rémunération forfaitaire pour les patientèles inscrites auprès d'un médecin traitant dans les centres de santé en permettant aux expérimentations PEPS et IPEP de passer dans le droit commun.
Proposition 34 : 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.
Les propositions 2023 non évoquées dans l'avis, mais maintenues
Proposition n° 2 : Généraliser le tiers payant.
Proposition n° 5 : Assurer la représentation des bénéficiaires de la C2S dans la gouvernance des instances de pilotage du secteur sanitaire et en premier lieu dans le comité de suivi de la C2S.
Proposition n°7 : Réaliser une déclinaison des campagnes de communication à destination des publics spécifiques de la C2S, en associant les usagers à son élaboration, notamment dans la co-construction des messages à délivrer.
Proposition n°10 : encourager la signature de conventions entre les universités et les CPAM pour prodiguer l'accès à l'information et le recours à la CSS.
Proposition n° 12 : lutter contre les discriminations qui persistent envers les bénéficiaires de la CSS par tous les moyens permettant un changement de regard sur ces personnes (formations, informations...), en co-construction avec les usagers de la C2S.

Proposition n°13 : monter un partenariat pérenne avec l'ODENORE permettant de disposer d'un état des lieux des projets territoriaux inspirants et de capitaliser sur les bonnes pratiques en vue de leur essaimage.

Proposition n° 14 : Mobiliser les médecins traitants et les pharmaciens de ville pour informer sur la C2S, relayer les messages d'aller-vers de la CNAM et de la MSA, au moment des conseils individuels.

Proposition n° 15 : élargissement du panier de soins aux consultations de psychologues et psychiatres non conventionnés en sus des soins couverts dans les secteurs ostéopathie, podologie et soins d'orthodontie pour les jeunes de plus de 16 ans.

Proposition n° 16 : renforcement de la vigilance de la CNAM et de la MSA sur les dépassements d'honoraires de secteur 2.

Proposition n°18 : évaluation de la Mesure 27 « Inégalités de santé » du Ségur de la santé.

Proposition n°19 : financer le déploiement des démarches « d'aller vers » adaptés au profil des personnes et à leurs pathologies, en co-construction avec les usagers de la C2S.

Proposition n° 20 bis : Augmenter le FPMT pour les médecins rentrant dans ce dispositif afin de valoriser la patientèle bénéficiaire de la C2S en fonction également du nombre de consultations annuelles.

Proposition n°21 : Garantir un financement pérenne aux 3 144 centres de santé regroupés dans la Fédération Nationale des Centres de Santé par une dotation spécifique sur le modèle des missions d'intérêt général à l'hôpital (MIGAC).

Proposition n° 24 : mesurer l'impact des complémentaires d'entreprise sur le non-recours.

Proposition n° 25 : articuler le passage entre la complémentaire santé d'entreprise et la CSS.

Proposition n ° 28 : mesures correctives à apporter au dossier de demande ou renouvellement.

► Annexe 2 : Composition du groupe de travail sur la C2S

Bernard Moriau, président du groupe de travail, collège des personnes qualifiées

Collège 1 - élus et représentants de l'action locale et territoriale

Antoinette Atto
Marylène Millet
Marion Tanniou

Collège 4 - personnes qualifiées

Françoise Fromageau

Collège 5 - personnes concernées

Olivier Baboulat
Morgane Brillault
Xavier Cochard-Baumier
Marie-Jeanne Grenier
Coreta Larcher
Sindy Lerandy
Ali Tamraoui
Solange Vin

Comité scientifique

Malika Kacimi

Invités du CNLE au titre du HCTS

Joran Le Gall

Personnes ressources du 5ème collège

Klervia Dallier

Secrétariat général

Delphine Aubert, secrétaire générale du CNLE
Emma Gauthier, chargée d'études stagiaire
Chimène Mandrin, chargée de la communication du CNLE
Morgane Rouault-Mouraine, collaboratrice de la secrétaire générale
Moïse Thiandoume, chargé d'études stagiaire

▶ **Annexe 3 : Liste des auditions menées pour l'élaboration de l'avis**

Lundi 14 octobre 2024

Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

Madame Nathalie Fourcade, secrétaire générale

Madame Marie-Camille Lenormand, secrétaire générale adjointe

Dr. Isabelle Vincent, conseillère scientifique

Lundi 28 octobre 2024

Conférence nationale de santé/ ATD Quart-Monde

Dr. Henri Dubois, CNS, ATD Quart-Monde

Dr Huguette Boissonnat, CNS, ATD Quart-Monde

Madame Micheline Adobati, militante ATD Quart-Monde

Lundi 18 novembre 2024

Fédération nationale des centres de santé

Dr. Hélène Colombani, présidente de la FNCS

▶ Annexe 4 : Contribution externe

Contribution de l'association Nationale des assistants de service social (ANAS)

Par Isabelle BOISARD & Joran LE GALL

La Complémentaire Santé Solidaire (C2S) constitue un outil essentiel pour garantir l'accès aux soins des populations les plus précaires. Si elle a permis des avancées significatives par rapport à ses prédécesseurs (CMU-C et ACS), elle reste néanmoins perfectible, tant dans ses modalités d'application que dans sa capacité à répondre aux besoins réels des usagers. Cet avis s'appuie sur une courte enquête par questionnaire réalisée auprès de 29 assistantes de service social adhérentes de l'ANAS accompagnant des bénéficiaires de la C2S.

Les forces de la C2S

La CSS se distingue par plusieurs atouts majeurs, unanimement reconnus :

- **Simplification des démarches** : L'unification des dispositifs en un seul formulaire, la possibilité de demande en ligne via Ameli, et la réduction du nombre de documents requis sont des progrès salués.
- **Automatisation partielle des droits** : L'attribution automatique pour certains allocataires de minimas sociaux (RSA, ASPA) est une véritable amélioration, bien qu'inégalement appliquée.
- **Rétroactivité des droits** : En cas de soins urgents ou d'hospitalisation, la rétroactivité représente une garantie précieuse pour éviter des situations d'endettement.
- **Accessibilité financière** : La C2S permet une couverture santé à moindre coût, indispensable pour des publics précaires.

Ces éléments renforcent l'attrait de la C2S et montrent une volonté claire de simplifier l'accès aux droits tout en préservant une prise en charge des besoins essentiels.

Les limites et obstacles constatés

Malgré ces avancées, plusieurs freins compromettent l'efficacité du dispositif :

1. Complexité persistante des démarches :

- La nécessité de fournir certains documents (avis d'imposition, RIB) reste un obstacle majeur, en particulier pour les publics éloignés des démarches administratives ou numériques. (Même si des améliorations sont attendues au travers de la circulaire CIR-28/2024 du 04/10/2024 portant mesures relatives à la complémentaire santé solidaire issues du décret n° 2024-627 du 28 juin 2024 mais elles restent à évaluer)
- Le formulaire papier est jugé difficile à comprendre et inadapté aux situations particulières (violences familiales, foyers complexes).

2. Manque d'harmonisation entre les organismes gestionnaires :

- Les délais de traitement sont variables selon les CPAM, MSA et les mutuelles partenaires, avec des lenteurs préjudiciables.
- Les interconnexions très relatives entre les systèmes CAF, CPAM et MSA en ce qui concerne la facilitation de l'accès aux droits alourdissent les démarches et engendrent des erreurs ou ruptures de droits.

3. Inégalités d'accès :

- Les usagers ne peuvent demander la CSS que dans le département où leur compte CAF est affilié, une contrainte discriminante pour les personnes en situation de mobilité (sans domicile fixe, travailleurs saisonniers, étudiants, gens du voyage, itinérants, etc.).

4. Garanties de soin insuffisantes :

- Les équipements d'optique ou dentaires proposés dans le cadre de la CSS sont jugés inadaptés par certains usagers, notamment les seniors. Il en est de même pour les prothèses auditives et autres prothèses (orthopédie par exemple). Les modèles bien pris en charge sont de moins bonne qualité et moins durables avec parfois 1 prise en charge par an.
- Certains professionnels de santé refusent encore de pratiquer le tiers payant avec la C2S, obligeant les usagers à avancer des frais. Et certains ne proposent pas de rendez-vous ou formulent des refus de soins en toute impunité.

5. Renouvellement des droits :

- L'absence de renouvellement automatique pour les publics dont les ressources n'évoluent pas engendre des périodes de carence, particulièrement dommageables pour les publics les plus vulnérables.

Recommandations pour améliorer la C2S

Pour lever ces freins et garantir une meilleure efficacité du dispositif, plusieurs recommandations s'imposent :

- 1. Automatiser systématiquement les droits** pour les bénéficiaires de minima sociaux (RSA, ASPA, AAH) et les situations connues des organismes de protection sociale.
- 2. Supprimer la contrainte géographique liée au département d'affiliation CAF**, afin de permettre une demande de C2S dans n'importe quel département.
- 3. Simplifier davantage les démarches administratives** en limitant les justificatifs demandés et en permettant un accès direct des organismes gestionnaires aux avis d'imposition et autres informations pertinentes dans le strict respect de la confidentialité des informations détenues par les différents organismes.
- 4. Renforcer et augmenter l'offre de soins et le choix d'équipements**, notamment pour les nécessités en optique, dentaire ou auditif, afin de mieux répondre aux besoins des usagers.
- 5. Assurer une meilleure coordination entre organismes gestionnaires (CAF, CPAM, MSA)** et mettre en place un guichet unique pour les demandes et le suivi des dossiers.
- 6. Proposer un accompagnement adapté aux publics éloignés de l'administration numérique**, en maintenant les formulaires papier et en instaurant des référents professionnels accessibles par ligne directe ou e-mail dédié.
- 7. Faciliter le renouvellement automatique** pour les publics dont les ressources sont stables, afin d'éviter les ruptures de droits.

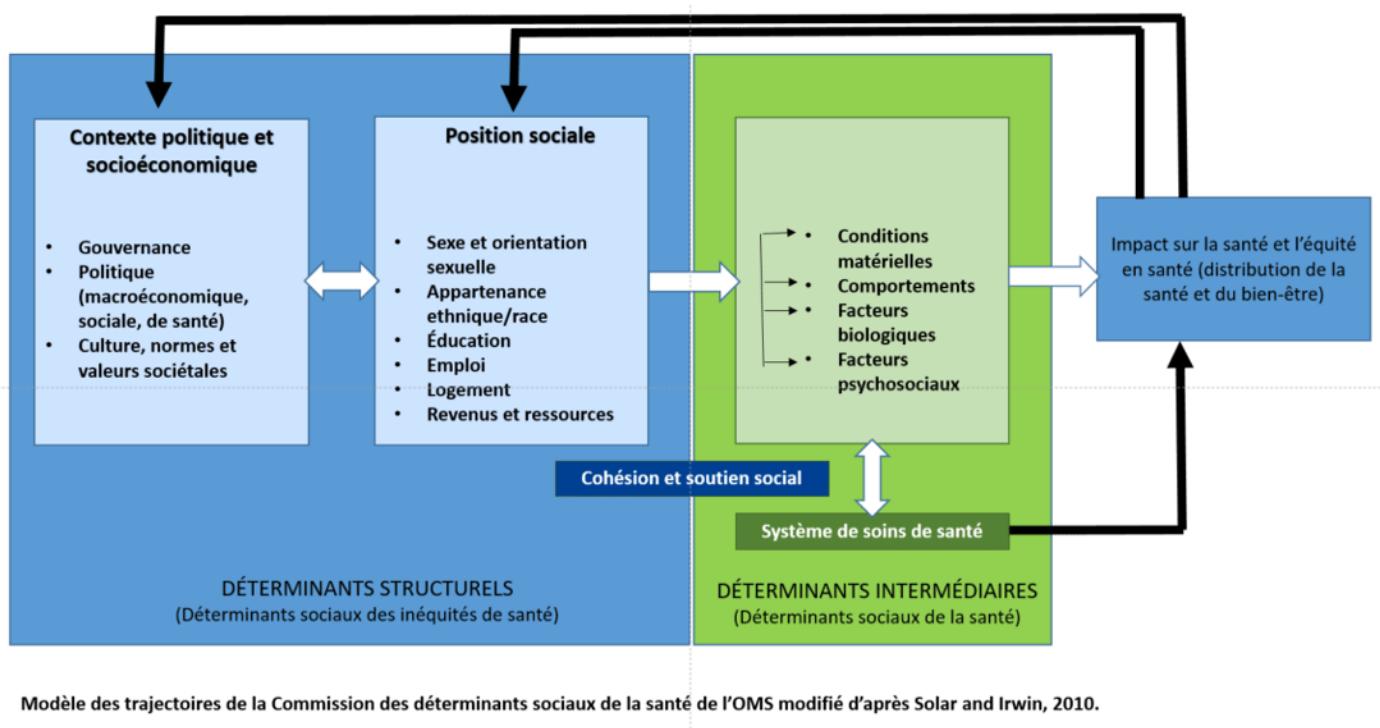
Conclusion

La C2S est un dispositif essentiel pour réduire les inégalités d'accès aux soins, mais elle nécessite des ajustements pour devenir pleinement accessible et efficace. Ces recommandations, recueillies auprès d'assistantes de service social adhérentes de l'ANAS ayant participé à notre enquête, visent à simplifier les démarches, harmoniser la gestion entre organismes, et mieux répondre aux besoins des publics vulnérables. À travers ces améliorations, la C2S pourrait s'inscrire davantage comme un droit universel garantissant à tous une santé équitable et durable.

1. **Réduction des barrières administratives** : Faciliter l'accès aux droits en permettant un accès direct des organismes aux avis d'imposition et en simplifiant les formulaires papier et numérique.
1. **Extension des garanties C2S** : Adapter les paniers de soins (optique, dentaire, prothèses) pour mieux répondre aux besoins des usagers, en particulier des seniors.
2. **Renforcement des échanges professionnels** : Mettre en place une ligne directe ou une adresse mail dédiée pour les assistants de service social et référents sociaux, afin d'améliorer la collaboration avec les organismes gestionnaires.
3. **Communication et accompagnement** : Former et sensibiliser les usagers à la C2S pour réduire le non-recours et accompagner les publics éloignés de l'administratif.

Ces recommandations visent à rendre la C2S plus accessible et équitable tout en réduisant les obstacles rencontrés par les professionnels et les usagers dans l'accompagnement au droit à la santé. Elles soulignent également l'importance d'une meilleure coordination entre les acteurs pour un dispositif plus fluide et inclusif.

▶ Annexe 5 : Les déterminants sociaux de la santé



Modèle des trajectoires de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS modifié d'après Solar and Irwin, 2010.

Source : Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS modifié d'après Solar and Irwin, 2010

► Annexe 6 : Liste des sigles et des acronymes

AAH : Allocation aux adultes handicapés
ANAS : Association Nationale des Assistants de Service Social
ABS : Analyse des besoins sociaux
ACS : Aide au paiement d'une complémentaire santé
AME : Aide médicale d'État
ARS : Agence régionale de santé
ASE : Aide sociale à l'enfance
ASI : Allocation supplémentaire d'invalidité
ASPA : Allocation de solidarité aux personnes âgées
ASS : Allocation de solidarité spécifique
BR : Base de remboursement
C2S : Complémentaire santé solidaire
CEJ : Contrat d'engagement jeune
CAF : Caisse d'allocation familiale
CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire (remplacée par la C2S)
CNAM : Caisse nationale de l'assurance maladie
CNAV : Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNLE : Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale
CNS : Conférence nationale de santé
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé
CROUS : Centre régional des œuvres universitaires et scolaires
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
EPST : Elus, santé publique et territoire
ERS : étudiants relais-santé
FNCS : Fédération nationale des centres de santé
FNORS : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
FPMT : Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés
HCAAM : Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HCSP : Haut conseil de la santé publique
IPEP : Instance de participation et d'expertise pour la prévention
MISAS : Mission d'appui en santé et accompagnement social
MSA : Mutualité sociale agricole
MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle
ODENORE : Observatoire des non-recours aux droits et services
OPTAM : Option pratique tarifaire maîtrisée
ORS : Observatoire régional de santé
PEPS : Pôle d'expertise et de prestations spécialisées
PLFSS : Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PMI : Protection maternelle et infantile
PRAPS : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PUMA : Protection universelle maladie
RSA : Revenu de solidarité active
UC : Unité de consommation

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

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

 Twitter | [@ConseilPauvrete](#)

 LinkedIn | [CNLE](#) (Conseil national - Lutte contre la pauvreté)

