

ÉTUDES et RÉSULTATS

janvier 2026
n° 1362

La complémentaire santé solidaire permet à huit bénéficiaires sur dix de ne plus avoir de reste à charge en santé

La complémentaire santé solidaire (C2S) vise à garantir aux plus modestes un accès aux soins sans barrière financière. Gratuite ou avec une participation financière de l'assuré, elle complète les remboursements de l'assurance maladie obligatoire (AMO) jusqu'au tarif de la Sécurité sociale et offre des forfaits ainsi qu'une prise en charge d'un panier de soins (« panier C2S ») en optique et en dentaire sans reste à charge. Dès lors, pour les bénéficiaires de la C2S, les restes à charge sont dus aux « dépassements », qui incluent à la fois la liberté tarifaire sur les dispositifs de santé (hors panier C2S ou au-delà des forfaits) et les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé, qui, s'ils restent possibles, sont strictement encadrés.

Pour les personnes couvertes par la C2S sans interruption entre 2020 et 2022, ayant eu recours en 2021 à au moins un soin remboursable, le reste à charge moyen s'élève à 26 euros en 2021 : il est nul ou inférieur à 1 euro pour 80 % des bénéficiaires et inférieur à 30 euros pour 90 % d'entre eux. Néanmoins, pour 10 % des bénéficiaires, des restes à charge non négligeables subsistent, s'élevant à 250 euros en moyenne avec d'importants écarts selon les individus. Ils proviennent pour l'essentiel de la liberté tarifaire sur les dispositifs médicaux et sur les soins dentaires et non des dépassements d'honoraires.

Les bénéficiaires de la C2S recourent autant que le reste de la population aux postes de soins dont les dépassements sont les plus élevés (dentaire, dispositifs médicaux). Cependant, pour les dispositifs médicaux, les bénéficiaires de la C2S privilégient davantage le « panier C2S » sans reste à charge que ne le fait le reste de la population avec le panier 100 % santé.

Odran Bonnet, Aurore Desjonquères (Drees)

D'après l'enquête sur les ressources et les conditions de vie des ménages (SRCV) de 2023, 80 % des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) sont satisfaits de leurs remboursements sur les prothèses dentaires et les lunettes et 90 % sur les consultations de spécialistes¹. Si le dispositif répond globalement aux attentes de ses bénéficiaires, des témoignages reportent des cas de restes à

charge liés aux dépassements (CNLE, 2022 ; Caro et al., 2023). Sur cette base, la présente étude quantitative s'attache à décrire les restes à charge liés aux dépassements supportés par une minorité de bénéficiaires de la C2S, ainsi qu'à identifier les postes de soins où ces restes à charge se concentrent le plus. Le reste à charge désignera dans la suite de cette étude le reste à charge dû aux dépassements d'honoraires et

1. D'après l'enquête SRCV 2023, la satisfaction des bénéficiaires de la C2S est nettement supérieure à celle de l'ensemble des assurés par une complémentaire santé : autour de 80 % pour les prothèses dentaires (contre 68 %), plus de 70 % pour les lunettes (contre 68 %) et près de 90 % pour les dépassements d'honoraires (contre 75 %).

- à la liberté tarifaire sur les achats de dispositifs médicaux non pris en charge par la C2S (hors du panier ou dépassant les forfaits). Pour les bénéficiaires de la C2S, ils constituent le reste à charge (RAC) sur les dépenses de santé remboursables puisqu'ils sont remboursés des franchises, des participations forfaitaires et des forfaits journaliers hospitaliers² (*encadré 1*).

Les restes à charge sont analysés à partir des données du Système national des données de santé (SNDS) de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), qui couvrent l'ensemble des dépenses individualisables, remboursables par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et présentées au remboursement. Les autres dépenses de santé sont exclues³, comme celles qui ne sont pas remboursées par l'AMO (par exemple, des médicaments à faible service médical rendu non pris en charge par la Sécurité sociale), qui correspondent à 6 % de la consommation totale de soins et biens médicaux (Poulon, 2024). Cette exclusion vient ainsi réduire le champ des restes à charge estimés. La présente étude se concentre exclusivement sur les personnes ayant bénéficié de la C2S de manière

ininterrompue entre 2020 et 2022 (désignées par la suite comme « les bénéficiaires de la C2S »), ayant eu recours en 2021 à au moins un soin remboursable par l'AMO et présenté au remboursement (*encadré 2*).

Un dispositif qui limite les restes à charge des plus modestes sans les éliminer

Instaurée le 1^{er} novembre 2019 à la suite de la fusion de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), la C2S est une couverture santé complémentaire à destination des personnes aux revenus les plus modestes. Selon les ressources du ménage, cette complémentaire peut être gratuite ou payante. Son principal objectif est de garantir un accès aux soins sans obstacle financier, réduisant ainsi le renoncement aux soins pour ses bénéficiaires. Grâce à la C2S, les dépenses de santé sont prises en charge jusqu'au tarif de base de la Sécurité sociale : les tickets modérateurs sont remboursés par la complémentaire et les bénéficiaires sont dispensés des participations forfaitaires et des franchises médicales. Des restes à charge peuvent subsister en cas de dépassements du tarif de base de la Sécurité sociale (*encadré 3*), qu'il s'agisse de liberté tarifaire sur certains dispositifs médicaux ou de dépassements d'honoraires facturés par des professionnels de santé. Toutefois, la C2S encadre strictement ces dépassements.

Encadré 1 Définitions et source

Définitions

Dans cette étude, une dépense de santé se définit comme une dépense de santé remboursable par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et présentée au remboursement (pour l'ensemble des régimes d'AMO, hors Sénat et Assemblée nationale), en ville, à l'hôpital public ou en établissement de santé privé. Les dépenses non présentées au remboursement, telles que des consultations chez un médecin non conventionné ou des médicaments non pris en charge par la Sécurité sociale, ne sont pas incluses dans les données. Cette dépense de santé n'inclut pas certaines composantes du coût que peut représenter la santé du point de vue d'un ménage : participation au financement de l'AMO, participation financière au coût de la complémentaire santé solidaire pour les bénéficiaires de la C2S payante (Bonnet, Fauchon, 2024), ou encore coûts connexes, tels les coûts du transport pour se rendre à la consultation, en particulier si elle est éloignée géographiquement, et les frais de séjour en chambre individuelle à l'hôpital.

Les dépenses de santé correspondent au montant du soin (montant de la consultation, prix du médicament), dont une partie est remboursée par l'assurance maladie publique ou par l'assurance maladie complémentaire pour les personnes couvertes. Les montants restants correspondent aux restes à charge des ménages. Les bénéficiaires de la C2S sont exonérés des tickets modérateurs, franchises, participations forfaitaires et forfaits. Pour les bénéficiaires de la C2S, les restes à charge sont liés aux dépassements du tarif de la Sécurité Sociale et correspondent à la liberté tarifaire sur les achats de dispositifs médicaux non pris en charge par la C2S (hors du panier ou dépassant les forfaits) et aux dépassements d'honoraires. Ces montants dépassant le tarif de la Sécurité sociale (non pris en charge par l'AMO) supportés par les bénéficiaires sont comparés à ceux des non-bénéficiaires. Par souci de comparabilité, les montants de liberté tarifaire sur les biens du panier 100 % santé entièrement pris en charge par les contrats responsables sont annulés (les exceptions sont explicitement signalées dans les figures ou le texte).

Source

Dans cette étude, les dépenses sont analysées à partir de la base Reste à charge (RAC) 2021 de la Drees, qui synthétise les dépenses de santé, exhaustives, individualisables et remboursables par l'AMO et présentées au remboursement en France, issues du SNDS de la CNAM.

Encadré 2 Le champ des bénéficiaires de la C2S dans cette étude

Dans cette étude, les bénéficiaires de la C2S remplissent les deux conditions suivantes : avoir recouru à au moins un soin remboursable par l'AMO en 2021 et présenté au remboursement ; être référencé C2S dans le référentiel de l'Assurance maladie en continu lors des années 2020, 2021 et 2022.

Cette définition restrictive des bénéficiaires de la C2S conduit à minorer le nombre de bénéficiaires de la C2S. En effet, 4,1 millions de personnes sont identifiées comme étant bénéficiaires de la C2S dans cette étude contre 7,1 millions selon la Direction de la Sécurité sociale (DSS) en 2021. Cela représente 6 % de la population contre 10 % selon la DSS. En effet, l'étude se restreint aux bénéficiaires de la C2S pendant trois années consécutives (plutôt qu'en 2021 uniquement) afin de s'assurer que les personnes bénéficient de la C2S au moment de leurs dépenses. Ainsi, les restes à charge des personnes ne bénéficiant pas de la C2S à un moment de l'année 2021 ne sont-ils pas pris en compte et ne risquent donc pas de tirer à la hausse les restes à charge des bénéficiaires de la C2S. Les restes à charge, potentiellement importants, de personnes entre deux situations, plus couvertes par la C2S ou pas encore couvertes, sont donc exclus de l'étude. Plus réduite, la population bénéficiaire de la C2S de cette étude compte davantage de femmes et de C2S gratuite, en proportion, que l'ensemble des bénéficiaires de la C2S. Les femmes représentent ainsi 55 % des bénéficiaires de la C2S gratuite et 59 % des bénéficiaires de la C2S payante dans cette étude, contre respectivement 52 % et 57 % selon les données de la DSS en 2021 (*tableau complémentaire A*).

Lorsqu'elles bénéficient de la C2S à titre payant, ces personnes sont aussi plus âgées et plus souvent en affection longue durée (ALD) que l'ensemble des bénéficiaires en 2021 (SNDS). Parmi les bénéficiaires de la C2S payante, la part de personnes âgées de 60 ans ou plus est supérieure de 14 points dans cette étude, tandis que la part de personnes en ALD est de 10 points supérieure.

2. À condition que le statut de C2S soit reconnu par le professionnel de santé (ce qui est automatiquement le cas avec la présentation de la carte Vitale).

3. Le SNDS, source principale pour l'étude des dépenses de santé, ne renseigne pas les dépenses non remboursables. Les comptes de la santé (Delecourt, Didier, 2025) en proposent une estimation à partir de données agrégées fournies par la CNAM et la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF). Toutefois, ces données ne sont pas appariées à des informations individuelles et ne peuvent, de ce fait, être mobilisées dans cette étude.

Encadré 3 Le dispositif C2S

Les bénéficiaires de la C2S n'ont pas à avancer la part remboursée par l'AMO, ni la part du tarif de la Sécurité sociale non directement prise en charge par l'AMO : ticket modérateur et/ou forfait journalier hospitalier, forfaits, franchises.

Ainsi, les dépenses de santé dont le tarif ne dépasse pas celui de la Sécurité sociale sont entièrement prises en charge par l'assurance maladie publique : l'AMO et la C2S se complètent. De plus, le dispositif C2S cherche à limiter les restes à charge au-delà du tarif de la Sécurité sociale en interdisant aux professionnels de santé de facturer des dépassements d'honoraires, sauf dans de rares cas comme celui d'une exigence particulière du patient*, et en prévoyant des forfaits de remboursement, total ou partiel, de soins concernés par la liberté tarifaire.

La C2S intègre ainsi les apports du 100 % santé qui permet aux bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé responsable d'être remboursés intégralement de leurs dépenses sur un panier de biens définis en optique, dentaire et audiologie. Sa mise en œuvre a été concomitante au dispositif C2S, avec quelques différences toutefois. Les prothèses auditives, tout d'abord, sont, dans le dispositif C2S, toutes remboursées à hauteur de 800 euros par oreille, alors que, dans le dispositif 100 % santé, elles sont totalement remboursées si elles appartiennent à la classe 1. Ensuite, le panier C2S intègre les prothèses dentaires du panier 100 % santé ainsi que quelques autres soins (Lapinte et al., 2024). Enfin, si les montures, les verres et quelques autres prestations minimales de classe A sont remboursés intégralement dans un dispositif comme dans l'autre, les lentilles de contact sont prises en charge sous certaines conditions et dans la limite du forfait annuel de la Sécurité sociale pour les bénéficiaires de la C2S, mais pas du 100 % Santé.

La C2S est accordée pour une période d'un an aux Français et aux étrangers résidant en France depuis plus de trois mois, en situation régulière et dont les ressources perçues au cours des douze derniers

mois sont inférieures à un certain plafond. Au 1^{er} avril 2021, année des données de l'étude, le plafond de la C2S gratuite s'élève à 753 euros mensuels (en moyenne sur les douze derniers mois) pour une personne seule et sans enfant en France métropolitaine (838 euros dans les départements et régions d'outre-mer [DROM], hors Mayotte, où la C2S a été mise en place en janvier 2024). Au-delà et jusqu'à 1 017 euros mensuels** (1 132 euros dans les DROM), une personne seule et sans enfant peut bénéficier de la C2S payante, pour laquelle la participation financière est croissante avec l'âge du bénéficiaire : 8 euros par mois pour les moins de 30 ans et jusqu'à 30 euros pour les personnes de 70 ans ou plus.

Pour les étrangers en situation irrégulière résidant en France depuis au moins trois mois et dont les ressources sont inférieures au plafond de la C2S gratuite, l'aide médicale de l'État (AME) permet un accès gratuit à un panier de soins toutefois plus réduit que celui de la C2S. Ce dispositif leur ouvre droit à la prise en charge de la plupart des soins selon les règles de remboursement de l'AMO, sans ticket modérateur. Les différences avec la C2S concernent surtout l'absence de prise en charge au-delà de la part obligatoire pour certains soins, comme ceux du panier 100 % santé, les médicaments à service médical rendu (SMR) faible, la procréation médicalement assistée, les médicaments princeps lorsqu'un médicament générique est disponible ou encore les cures thermales. Les dépassements d'honoraires sont enfin autorisés pour les bénéficiaires de l'AME.

* C'est-à-dire lorsque cette « exigence particulière » n'est pas liée à un motif médical, en dehors du cadre habituel de temps ou de lieu et sauf urgence. Par exemple, si le malade demande un rendez-vous en dehors des horaires d'ouverture du cabinet ou à domicile sans raison de santé, juste par convenance personnelle, pour ne pas se déplacer.

** En France métropolitaine, le seuil de pauvreté, fixé par convention à 60 % du niveau de vie médian, correspondait à un revenu disponible de 1 278 euros par mois en 2021 pour une personne seule (Insee, 2025).

Sauf demande spécifique du patient, les professionnels de santé ne sont pas autorisés à appliquer de dépassements d'honoraires aux bénéficiaires⁴. Pour les dispositifs médicaux, à la différence des médicaments, comme le prix n'est pas égal au tarif de Sécurité sociale⁵, des « dépassements » restant à la charge du patient sont possibles. Pour les dispositifs médicaux dont le prix est égal au tarif et pour ceux qui sont inclus dans le panier C2S (prothèses dentaires et optiques), le reste à charge est nul. En revanche, si le bénéficiaire choisit un produit hors de ce panier, il ne bénéficie d'aucun remboursement complémentaire en optique ou en dentaire et ne peut disposer que de forfaits pour les aides auditives. Pour les autres dispositifs, la prise en charge est variable : certains font l'objet de forfaits C2S (prothèses auditives, béquilles, cannes, pansements, fauteuils roulants, solutions ophtalmiques, par exemple), couvrant entièrement ou partiellement les dépenses, d'autres génèrent des restes à charge dont les patients doivent s'acquitter en totalité. Par ailleurs, la C2S prévoit des forfaits de remboursement allant au-delà du tarif de Sécurité sociale pour certains soins dentaires (comme l'orthodontie).

Malgré l'existence de la C2S, les personnes les plus modestes renoncent plus fréquemment aux soins pour des raisons financières, en particulier aux soins dentaires, que les plus aisés (DSS, 2025a). Les plus modestes ne bénéficient pas tous de ce dispositif protecteur, soit parce qu'ils n'y recourent pas malgré leur éligibilité (44 % des personnes éligibles en 2021 n'y ont pas recours [DSS, 2025a]), soit parce qu'ils se situent au-dessus des seuils d'éligibilité

qui excluent une partie des ménages précaires. Effectivement, 12 % des 10 % des ménages les plus modestes n'ont pas de couverture complémentaire en 2019 (Lapinte et al., 2024) et l'absence de couverture favorise significativement le renoncement aux soins (Lapinte, Legendre, 2021). Le non-recours à la C2S s'explique principalement par une méconnaissance du dispositif, des critères d'éligibilité complexes, ou un manque de moyens et de stabilité des revenus nécessaires pour s'acquitter de la participation financière éventuelle (Caro et al., 2023).

Neuf bénéficiaires de la C2S sur dix ont moins de 30 euros de reste à charge en santé par an

Pour la plupart des bénéficiaires de la C2S, le dispositif semble atteindre l'objectif de réduction des restes à charge. En effet, parmi ceux qui ont eu recours en 2021 à au moins un soin remboursable par l'Assurance maladie et présenté au remboursement, le reste à charge du bénéficiaire de la C2S est de 26 euros sur toute l'année 2021 (soit un peu plus de 2 euros par mois). En comparaison, les dépassements du tarif de la Sécurité sociale liés à la liberté tarifaire et aux dépassements d'honoraires de l'ensemble de la population s'élèvent à 275 euros* (graphique 1). Ainsi, neuf bénéficiaires de la C2S sur dix s'acquittent de moins de 30 euros de restes à charge. 80 % des bénéficiaires ont même un reste à charge nul ou inférieur à 1 euro et 10 % un reste à charge compris entre 1 et 29 euros. Cette quasi-absence de reste à charge ne s'accompagne pourtant pas de montants de dépenses beaucoup plus faibles :

4. Article L. 162-5-13, I du Code de la Sécurité sociale.

5. Il n'est donc pas fixé par le régulateur, c'est-à-dire par le Comité économique des produits de santé [CEPS].

6. Pour les bénéficiaires d'une couverture complémentaire privée, les dépassements d'honoraires et la liberté tarifaire sont pris en charge totalement ou partiellement selon le niveau de garantie du contrat souscrit.

la dépense de santé moyenne des bénéficiaires est de 2 586 euros sur l'année, contre 2 903 euros en moyenne pour l'ensemble de la population (2 628 euros hors dépassements d'honoraires et liberté tarifaire) [Drees, 2024].

Un bénéficiaire de la C2S sur dix s'acquitte en moyenne de 250 euros de reste à charge par an

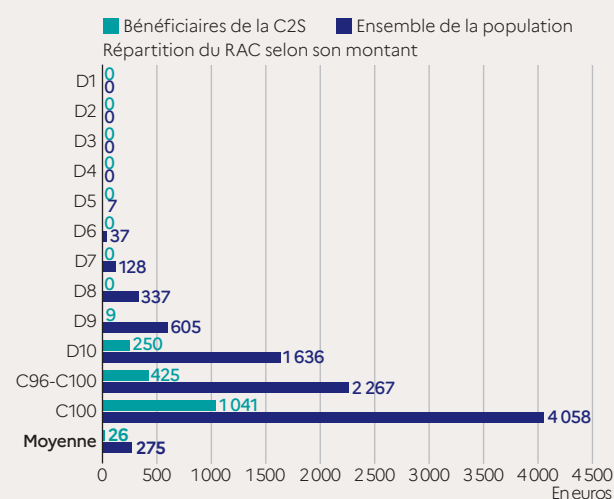
Si 80 % des bénéficiaires de la C2S paient moins d'un euro de reste à charge et 10 % moins de 30 euros par an, les 10 % restants, qui supportent les restes à charge les plus élevés, doivent en assumer en moyenne 250 euros (soit 21 euros par mois). Pour les 5 % d'entre eux qui supportent les restes à charge les plus élevés, ils s'élèvent en moyenne à 425 euros par an et même à 1 041 euros pour le dernier centième. Ces restes à charge proviennent pour l'essentiel des soins dentaires et des dispositifs médicaux (neuf dixièmes du total). Pour les 10 % des bénéficiaires de la C2S aux restes à charge les plus élevés, les dispositifs médicaux représentent dans leur ensemble plus de la moitié (58 %) des restes à charge, soit 145 euros : 77 euros pour l'optique, 23 euros pour les prothèses dentaires, 16 euros pour les appareils auditifs et 29 euros pour les autres dispositifs (graphique 2). Pour les lunettes, prothèses dentaires et auditives, les restes à charge

correspondent à des achats dans le « panier libre » ou modéré (tableau complémentaire B7). Le recours par un bénéficiaire de la C2S à un bien du panier libre avec reste à charge, plutôt qu'à un bien du panier C2S intégralement pris en charge, peut s'expliquer par des considérations esthétiques, de confort, mais peut aussi être contraint par une offre insuffisamment diversifiée ne répondant pas aux besoins ou encore par une mauvaise connaissance du dispositif⁸ et par un manque d'information sur les biens pris en charge. Néanmoins, les bénéficiaires de la C2S recourent davantage au panier C2S sans reste à charge que l'ensemble de la population au panier 100 % santé : parmi les personnes ayant acheté au moins une prothèse dentaire dans l'année, trois quarts des bénéficiaires de la C2S ont recouru au moins une fois au panier sans reste à charge contre un peu plus de la moitié de l'ensemble de la population ; parmi les personnes ayant acheté au moins un dispositif optique dans l'année, 90 % des bénéficiaires de la C2S ont eu recours au moins une fois au panier sans reste à charge contre 18 % de l'ensemble de la population (Lapinte *et al.*, 2024).

Ensuite, 66 euros des 250 euros sont liés à l'orthodontie. La C2S prévoit un forfait de remboursement pour les libertés tarifaires en orthodontie et orthopédie dento-faciale. Ce forfait ne couvre toutefois pas toujours l'ensemble de ces soins car il est limité à 270,60 euros par semestre et certaines conditions doivent être remplies : le traitement doit avoir débuté avant le 16^e anniversaire et doit correspondre à une période maximale de six semestres.

Tous les autres postes de soins confondus ne représentent que 12 % des restes à charge : séjours en établissement de santé privé⁹

Graphique 1 Distribution des montants moyens de restes à charge en santé, en 2021



C2S : complémentaire santé solidaire.

Note > Les montants moyens annuels de reste à charge (RAC) [en euros] sont répartis selon leur intensité (en dixièmes, de D1 à D10). Ils sont également calculés pour les 5 % (C96-C100) et le 1 % (C100) des bénéficiaires présentant les RAC les plus élevés. Pour les bénéficiaires de la C2S, les dépassements incluent la liberté tarifaire sur les achats de dispositifs médicaux non pris en charge par la C2S (hors du panier ou dépassant les forfaits) et les dépassements d'honoraires. Pour les non-bénéficiaires, cela inclut l'ensemble des montants dépassant le tarif de Sécurité sociale avant remboursement éventuel d'une complémentaire santé privée.

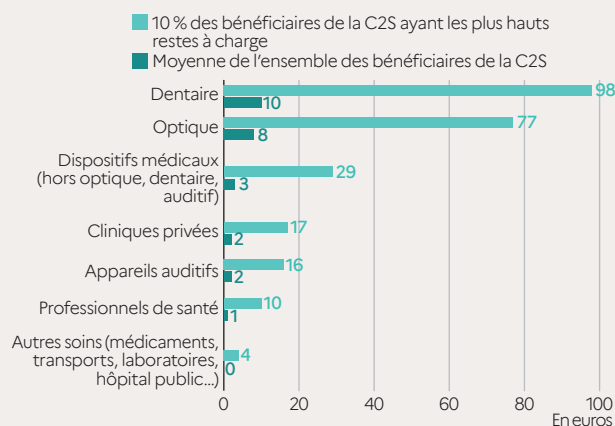
Lecture > Les 10 % de bénéficiaires de la C2S ayant payé le plus de restes à charge (D10) dus à la liberté tarifaire ou aux dépassements d'honoraires dans l'année ont réglé en moyenne 250 euros en 2021 contre 1 636 euros pour l'ensemble de la population. L'ensemble des bénéficiaires de la C2S en ont réglé 26 euros en moyenne contre 275 euros pour l'ensemble de la population.

Champ > Personnes qui ont eu recours en 2021 à au moins un soin remboursable par l'Assurance maladie et présenté au remboursement, France.

Source > SNDS 2021, calculs Drees (base Reste à charge).

> Études et Résultats n° 1362 © Drees

Graphique 2 Restes à charge moyens des 10 % des bénéficiaires de la C2S aux restes à charge les plus élevés, en 2021



C2S : complémentaire santé solidaire.

Note > Pour les bénéficiaires de la C2S, les restes à charge incluent la liberté tarifaire sur les prix de dispositifs médicaux non pris en charge par la C2S (hors du panier ou dépassant les forfaits) et les dépassements d'honoraires.

Lecture > Les 10 % de bénéficiaires de la C2S aux restes à charge les plus élevés ont un reste à charge moyen par personne en soins dentaires de 98 euros en 2021, contre 10 euros pour l'ensemble des bénéficiaires.

Champ > Bénéficiaires de la C2S de 2020 à 2022 qui ont eu recours en 2021 à au moins un soin remboursable par l'Assurance maladie et présenté au remboursement, France.

Source > SNDS 2021, calculs Drees (base Reste à charge).

> Études et Résultats n° 1362 © Drees

7. Les tableaux complémentaires sont disponibles avec les données associées à cette étude (lien en fin de publication).

8. « Une majorité [des bénéficiaires de la CMU-C] soulignent le manque de choix, d'esthétisme ou de qualité de ces montures. [...] Quelle que soit la correction prescrite, les opticiens rencontrés disposent d'une offre de verres sans RAC [restes à charge]. Toutefois, tous soulignent la nécessité de certains traitements spécifiques des verres pour "le confort des bénéficiaires" aux plus grandes amétropies. [...] Les RAC apparaissent ici comme le produit d'une situation où les besoins spécifiques d'un bénéficiaire en termes de correction et donc de traitement des verres ne peuvent pas être satisfaits dans le cadre d'une offre trop réduite » (Gilles *et al.*, 2013).

9. Cela inclut les dépassements d'honoraires liés aux consultations réalisées pendant un séjour en clinique. En revanche, les dépassements pour les consultations en établissement privé hors séjour (c'est-à-dire en ambulatoire) sont comptabilisés avec ceux des professionnels de santé libéraux en ville.

(17 euros), professionnels de santé hors dentaire (10 euros) et autres soins (4 euros). Si le dispositif C2S impose aux professionnels de santé de ne pas appliquer de dépassements d'honoraires à ses bénéficiaires, ils peuvent néanmoins survenir dans certains cas (comme une exigence particulière du patient), ce qui pourrait expliquer un reste à charge résiduel¹⁰. En outre, une méconnaissance de la situation du patient pour des professionnels de santé n'acceptant pas la carte Vitale ou parce qu'elle n'a pas été présentée, ou encore des patients méconnaissant leurs droits ou n'osant pas les signaler peuvent aussi y participer (HCAAM, 2025).

Cette répartition des restes à charge rappelle celle observée quinze ans auparavant pour les bénéficiaires de la CMU-C (Ricci, 2011), le dispositif précédant la C2S à titre gratuit. Toutefois, le poids de l'optique et des prothèses dentaires et auditives semble moindre du fait de l'amélioration de la prise en charge de ces dispositifs avec la réforme C2S. Le passage des anciens dispositifs (CMU-C et ACS) à la C2S s'est d'ailleurs accompagné d'une hausse du recours aux trois postes de soins concernés parmi les bénéficiaires, en particulier parmi les bénéficiaires de la C2S payante (Lapinte et al., 2024).

Les restes à charge les plus élevés portés par des bénéficiaires de la C2S plus âgés et davantage en affection de longue durée

Les 10 % des bénéficiaires de la C2S qui ont les restes à charge les plus élevés sont plus âgés que le reste des bénéficiaires. En effet, 19 % d'entre eux ont 60 ans ou plus, contre 12 % de l'ensemble des bénéficiaires de la C2S (tableau complémentaire A). Leurs dépenses de santé sont, en effet, plus importantes dans les biens pour lesquels la liberté tarifaire pèse le plus sur les restes à charge : l'optique et les prothèses auditives, notamment. Les moins de 20 ans sont davantage représentés que les 20-39 ans du fait de l'orthodontie. Les bénéficiaires de la C2S avec le plus de restes à charge sont aussi plus souvent en affection de longue durée (ALD) [24 % contre 16 %], comptent plus de femmes que l'ensemble des bénéficiaires de la C2S et bénéficient davantage de la C2S à titre payant (23 % contre 14 %).

Ils résident également plus souvent à Paris que l'ensemble des bénéficiaires (3,3 % d'entre eux contre 2,6 %), dans un département où les dépassements d'honoraires sont en moyenne plus élevés (Bithorel, Reduron, 2023). En revanche, ils habitent plus rarement dans les Bouches-du-Rhône (4,1 % contre 4,9 %), dans le Nord (6,0 % contre 6,8 %) et dans le Pas-de-Calais (2,9 % contre 3,4 %) [tableau complémentaire C]. Ces spécificités résidentielles se confirment à structure de population (âge, sexe, ALD) comparable.

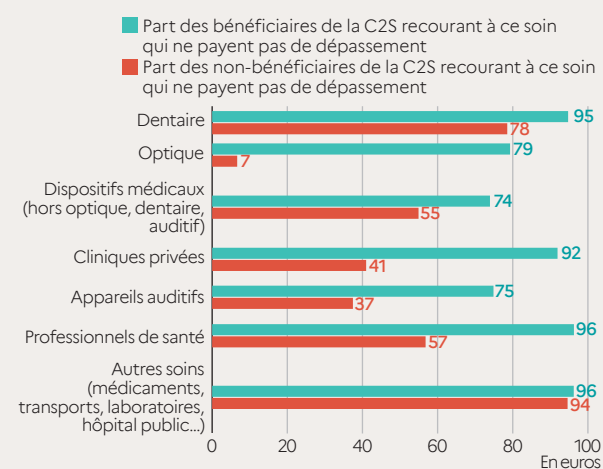
Des restes à charge rares mais élevés pour l'optique, le dentaire et l'audition

Pour chaque poste de soins, la part de bénéficiaires de la C2S sans aucun dépassement, au-delà du tarif de Sécurité sociale ou des forfaits et hors panier C2S, est plus grande que la part des non-bénéficiaires sans aucun dépassement et hors du panier 100 % santé. Ciblées par la réforme de la CMU-C et de l'ACS et par le passage à la C2S, les restes à charge liés à la liberté tarifaire en optique, prothèses dentaires ou auditives et en orthodontie concernent effectivement peu de bénéficiaires.

Ainsi, sur 22 % des bénéficiaires de la C2S ayant eu recours à l'optique en 2021 (tableau complémentaire D), 79 % ne supportent pas de dépassements liés à la liberté tarifaire pour ce dispositif, contre 7 % pour le reste de la population¹¹ (graphique 3). Cela s'explique par le fait qu'ils recourent essentiellement au panier C2S pour l'achat de leurs lunettes (Lapinte et al., 2024). Le reste à charge est de 36 euros en moyenne pour l'ensemble des recourants à la C2S (graphique 4). Restreint aux 21 % de bénéficiaires en ayant effectivement supporté, le reste à charge s'élève alors à 173 euros en moyenne. En dentaire, parmi les 9 % de bénéficiaires de la C2S ayant eu recours à des prothèses, la part n'ayant aucun reste à charge associé atteint même 94 % et le reste à charge est de 33 euros en moyenne. Là encore, le panier C2S est largement préféré au panier libre. Pour les 6 % s'étant acquittés d'un reste à charge pour ces prothèses, ce dernier atteint ainsi 548 euros en moyenne. Quant à l'orthodontie, seuls 5 % de bénéficiaires de la C2S y ont eu recours. Parmi eux, 70 % n'ont aucun reste à charge associé et, pour les 30 % en ayant effectivement supporté un, le reste à charge est de 438 euros en moyenne.

Enfin, parmi les 1 % de bénéficiaires de la C2S ayant eu recours à des appareils auditifs, les trois quarts n'ont aucun reste à charge. Sur le quart qui doit effectivement s'en acquitter, il s'élève alors à 1 002 euros en moyenne : ce seul dispositif s'avère en effet très coûteux lorsqu'il n'est que partiellement remboursé.

Graphique 3 Part des bénéficiaires et des non-bénéficiaires de la C2S recourant aux soins qui ne payent pas de dépassements, par poste de soins, en 2021



C2S : complémentaire santé solidaire.

Note > Pour les bénéficiaires de la C2S, les dépassements incluent la liberté tarifaire sur les achats de dispositifs médicaux non pris en charge par la C2S (hors du panier ou dépassant les forfaits) et les dépassements d'honoraires. Pour les non-bénéficiaires, cela inclut l'ensemble des montants dépassant le tarif de Sécurité sociale (liberté tarifaire ou dépassements d'honoraires) avant remboursement éventuel d'une complémentaire santé privée.

De plus, les montants de liberté tarifaire dépassant le tarif de la Sécurité sociale dans les paniers 100 % santé sont annulés.

Lecture > 95 % des bénéficiaires de la C2S ayant eu recours à au moins un soin dentaire en 2021 n'ont pas eu de dépassement.

Champ > Personnes qui ont eu recours en 2021 à au moins un soin remboursable par l'Assurance maladie et présenté au remboursement, France.

Source > SNDS 2021, calculs Drees (base Reste à charge).

> Études et Résultats n° 1362 © Drees

10. Voir CNLE (2022) et Caro et al. (2023) sur les cas reportés de dépassements.

11. Les dépassements de l'ensemble de la population sont les dépassements avant remboursement éventuel par une complémentaire santé. Comme la plupart de la population est couverte par une complémentaire santé « responsable » qui rembourse la liberté tarifaire du panier 100 % santé (les tarifs maximaux du 100 % santé réglementés peuvent être fixés au-dessus du tarif de la Sécurité sociale), les restes à charge liés à la liberté tarifaire de l'ensemble de ces biens pour l'ensemble de la population sont annulés dans la suite de cette étude afin que les dépassements restant à la charge des bénéficiaires de la C2S soient davantage comparables à ceux du reste de la population.

Un recours aux grands postes de soins dans la moyenne mais qui privilégie le panier sans reste à charge

Les dépassements moyens plus faibles ne s'expliquent pas par un moindre recours aux soins : les bénéficiaires de la C2S recourent autant que le reste de la population aux postes de soins qui génèrent les dépassements (y compris avec la liberté tarifaire) les plus élevés (dentaire, optique, appareils auditifs) [tableau complémentaire D]. Toutefois, cela ne signifie pas que le renoncement n'existe pas dans cette population, pour des raisons financières ou autres. Pour le mesurer, il faudrait pouvoir raisonner à besoins de soins identiques. Or, l'état de santé des plus modestes est davantage dégradé que celui des plus aisés (Bagein et al., 2022), ce qui entraîne des besoins et des recours plus importants. À âge et sexe identiques, les bénéficiaires de la C2S sont plus souvent atteints de pathologies et recourent un peu plus aux soins, à l'exception des soins dentaires et des consultations de spécialistes (Constantinou et al., 2025). Par ailleurs, le renoncement peut davantage concerner des soins peu ou pas couverts par l'AMO (comme certains médicaments) que les soins mieux remboursés. Enfin, des taux de recours similaires sur des postes de soins agrégés peuvent masquer des écarts pour certains actes spécifiques (par exemple, opération de la cataracte) [HCAAM, 2025].

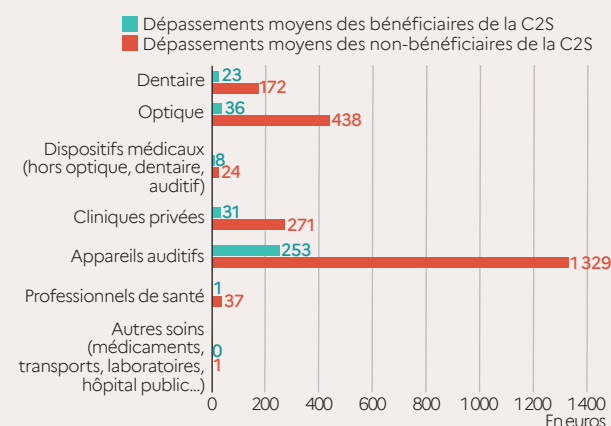
Bien que les taux de recours aux grands postes de soins soient proches, les bénéficiaires de la C2S semblent privilégier le recours au panier sans reste à charge pour les dispositifs médicaux (Lapinte et al., 2024). Concernant les médecins, ils recourent davantage aux généralistes qu'à certains spécialistes qui pratiquent plus souvent des dépassements d'honoraires (tableau complémentaire E). De fait, 89 % des bénéficiaires de la C2S ont consulté au moins une fois un généraliste, contre 81 % du reste de la population. À l'inverse, ils ne sont que 6 % à avoir consulté un dermatologue et 16 % de femmes un gynécologue (contre respectivement 9 % et 22 % de l'ensemble de la population). Ces différences ne s'expliquent pas par une composition de population différente en termes d'âge, de sexe, de reconnaissance ALD et de lieu de résidence (encadré 4). Cette tendance rejoint celle observée dans les ménages modestes en général, qui consultent moins les spécialistes que les plus aisés à besoins de soins comparables (même état de santé déclaré, sexe et âge) [Carré, 2022].

Un recours plus fréquent aux médecins facturant moins de dépassements d'honoraires

Au sein de chaque spécialité, les bénéficiaires de la C2S consultent moins fréquemment les médecins facturant les dépassements d'honoraires les plus élevés¹². Selon les spécialités, les bénéficiaires de la C2S représentent entre 6 % et 9 % de la patientèle des médecins facturant le moins de dépassements d'honoraires (graphique 5 et tableau complémentaire F), alors qu'ils ne représentent qu'entre 1 % et 4 % de la patientèle des 10 % de praticiens en facturant le plus (4 % pour les généralistes, 2 % pour les gynécologues et 1 % pour les psychiatres). Bien que les bénéficiaires de la C2S payent en moyenne bien moins de dépassements d'honoraires que les non-bénéficiaires, conformément à la réglementation du dispositif, ceux qui se rendent chez les spécialistes facturant les dépassements d'honoraires les plus élevés s'acquittent de montants de dépassements d'honoraires qui peuvent représenter plus de 15 % des honoraires totaux pour les gynécologues, les psychiatres ou les ophtalmologues.

Les médecins aux dépassements d'honoraires plus faibles exercent plus souvent dans des zones plus défavorisées (Baillot, 2012 ; Legal et al., 2025), où résident davantage de bénéficiaires de la C2S (Lapinte et al., 2024). Néanmoins, même en tenant compte du département d'exercice du médecin, les bénéficiaires de la C2S sont moins nombreux parmi la patientèle des praticiens aux dépassements les plus élevés (encadré 1). Il est en effet probable

Graphique 4 Les dépassements moyens acquittés par les bénéficiaires de la C2S et les non-bénéficiaires recourant aux postes de soins, en 2021



C2S : complémentaire santé solidaire.

Note > Pour les bénéficiaires de la C2S, les dépassements incluent la liberté tarifaire sur les achats de dispositifs médicaux non pris en charge par la C2S (hors du panier ou dépassant les forfaits) et les dépassements d'honoraires. Pour les non-bénéficiaires, cela inclut l'ensemble des montants dépassant le tarif de la Sécurité sociale (liberté tarifaire ou dépassements d'honoraires) avant remboursement éventuel d'une complémentaire santé privée. De plus, les montants de liberté tarifaire dépassant le tarif de la Sécurité sociale dans les paniers 100 % santé sont annulés.

Lecture > Les bénéficiaires de la C2S ayant eu recours à au moins un soin dentaire en 2021 ont eu un dépassement de 23 euros pour ce soin.

Champ > Personnes qui ont eu recours en 2021 à au moins un soin remboursable par l'Assurance maladie et présenté au remboursement, France.

Source > SNDS 2021, calculs Drees (base Reste à charge).

> Études et Résultats n° 1362 © Drees

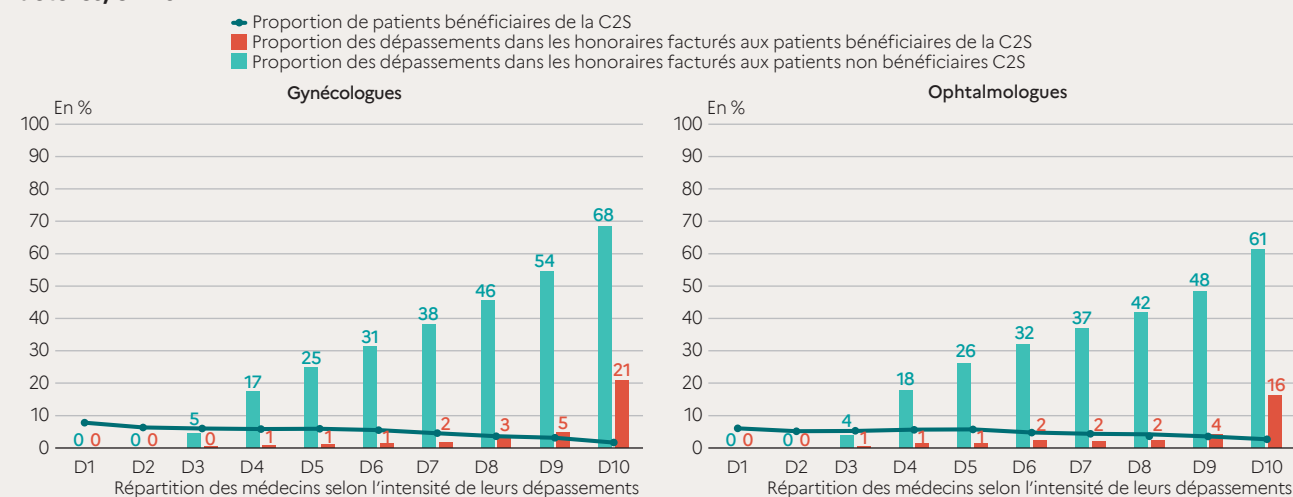
Encadré 4 Méthodes

Les bénéficiaires de la C2S présentent des taux de recours différents de ceux des non-bénéficiaires, en partie parce qu'ils n'ont pas la même répartition par âge, sexe, reconnaissance en ALD ou département de résidence. Pour neutraliser ces différences, la probabilité de recours à un soin est estimée à l'aide d'une régression linéaire où la variable dépendante est binaire (1 si l'individu a recours à un soin, 0 sinon) et les variables explicatives par le fait d'être bénéficiaire ou non de la C2S, le sexe, la tranche d'âge, l'ALD et le département. Le coefficient associé au fait d'être bénéficiaire de la C2S mesure ainsi l'écart moyen de recours entre bénéficiaires et non-bénéficiaires, indépendamment de leurs différences de structure démographique ou géographique.

De même, pour analyser le lien entre le niveau de dépassement d'honoraires pratiqué par les médecins et la proportion de bénéficiaires de la C2S, une régression est réalisée avec comme variable dépendante le fait d'être ou non bénéficiaire de la C2S et comme variables explicatives la tranche de dépassement, le département de résidence, le sexe et de la tranche d'âge. Plus le niveau de dépassement est élevé, plus le coefficient associé est négatif, indiquant que, toutes choses égales par ailleurs, les bénéficiaires se rendent moins souvent chez les médecins aux dépassements d'honoraires les plus importants.

12. Ces résultats se confirment après contrôle des caractéristiques des recourants par âge, sexe, ALD et département de résidence.

Graphique 5 Proportion de bénéficiaires de la C2S et part des dépassements dans les honoraires qui leur sont facturés, en 2021



C2S : complémentaire santé solidaire.

Note > Le recours aux gynécologues est calculé pour les femmes uniquement. Les médecins sont répartis selon la proportion des dépassements dans leurs honoraires hors patients C2S. Le 1^{er} dixième (D1) correspond aux 10 % de médecins dont les dépassements en pourcentage de leurs honoraires totaux sont les plus faibles ; le dernier dixième (D10), les 10 % de médecins pour lesquels ils sont les plus élevés.

Lecture > Les 10 % de gynécologues aux plus faibles dépassements (D1) comptent dans leur patientèle 8 % de bénéficiaire de la C2S, contre 2 % pour les 10 % facturant les dépassements les plus élevés (D10). Chez ces derniers, les dépassements représentent 21 % des honoraires pour les patients bénéficiaires de la C2S et 68 % pour les patients non bénéficiaires de la C2S.

Champ > Médecins qui ont reçu plus de 200 patients en 2021, classés par part de dépassement parmi les honoraires totaux hors C2S, France.

Source > SNDS 2021, calculs Drees.

> Études et Résultats n° 1362 © Drees

que les bénéficiaires de la C2S préfèrent aller chez les médecins habitués à recevoir un public de leur milieu social, soit parce qu'ils s'y sentent plus à l'aise, soit parce qu'ils ont été conseillés par un proche (Cases *et al.*, 2008), ou encore par crainte de devoir payer des dépassements ailleurs. Il n'existe a priori pas de plus grande proportion de refus des bénéficiaires de la C2S par rapport au

reste de la population pour les spécialités étudiées¹³. Il n'est, à l'heure actuelle, pas possible d'évaluer si l'effet observé diffère pour les médecins pratiquant les dépassements les plus élevés. ●



Télécharger les données

13. Selon les dernières études réalisant des testings et contrairement aux bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (AME), qui permet aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins (Le Rolland *et al.*, 2023).

Mots clés : Assurance maladie Complémentaire santé solidaire (CSS) Ménage modeste Pauvreté Reste à charge

Pour en savoir plus

> La bibliographie de cette étude est disponible sur la page de la publication du site internet de la Drees.

> Publications
 drees.solidarites-sante.gouv.fr
 > Open Data
 data.drees.solidarites-sante.gouv.fr
 > Nous contacter
 drees-infos@sante.gouv.fr
 > Contact presse
 drees-presse@sante.gouv.fr

Directeur de la publication : Thomas Wanecq
 Responsable d'édition : Valérie Bauer-Eubriet
 Chargée d'édition : Émilie Morin
 Composition et mise en pages : Julie Eneau
 Conception graphique : Drees
 Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources
 ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384

Les destinataires de cette publication sont informés de l'existence à la Drees d'un traitement de données à caractère personnel les concernant. Ce traitement, sous la responsabilité du directeur de la publication, a pour objet la diffusion de la publication de la Drees. Les données utilisées sont l'identité, la profession, l'adresse postale personnelle ou professionnelle. Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les destinataires disposent d'un droit d'accès et de rectification aux données les concernant ainsi qu'un droit d'opposition à figurer dans ce traitement. Ils peuvent exercer ces droits en écrivant à : Drees - Bureau des Publications et de la Communication - 14 avenue Duquesne - 75 350 Paris 07 SP ou en envoyant un courriel à : drees-infos@sante.gouv.fr