

**RENOUER AVEC LA PROMESSE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DE 1945 :  
POUR UN ACCÈS DE TOUS-TES À LA SANTÉ ET UNE PROTECTION  
MALADIE VÉRITABLEMENT UNIVERSELLE**



**OBSERVATOIRE DE L'ACCÈS AUX DROITS  
ET AUX SOINS** DANS LES PROJETS  
DE MÉDECINS DU MONDE EN FRANCE

# POUR UNE ASSURANCE MALADIE DU XXI<sup>ÈME</sup> SIÈCLE

La santé n'est pas qu'un aléa individuel, c'est aussi un choix politique.

Il y a quatre-vingts ans, la Sécurité sociale voyait le jour avec une ambition claire : faire de la santé un bien commun, en socialisant le risque de maladie par un financement collectif solidaire. Cet anniversaire survient aujourd'hui dans un climat bien moribond. Le gouvernement a annoncé cinq milliards d'euros de restrictions budgétaires sur les dépenses de santé. Parmi les pistes évoquées : augmentation des jours de carences en cas d'arrêt maladie, de la franchise sur les médicaments, du prix des consultations et des examens complémentaires, restriction du régime des affections longue durée et des droits santé pour certaines populations. Autant de mesures qui alourdiraient le reste à charge des patient-es et fragiliseraient leur prise en charge.

Médecins du Monde agit depuis près de 40 ans en France auprès de personnes qui peinent à se soigner. Fidèles à notre mandat – soigner témoigner et plaider – nous observons, documentons et dénonçons les obstacles rencontrés à un accès aux soins effectifs, mais aussi les grandes tendances qui fragilisent notre système de santé.

C'est dans cet esprit que nous avons souhaité dresser un état des lieux et ouvrir des perspectives sur l'Assurance maladie, pilier de notre système de santé. Ces dernières décennies, des avancées majeures ont élargi l'accès à une couverture maladie. Médecins du Monde a d'ailleurs joué un rôle actif dans la création de la Couverture maladie universelle en 1999. Mais sur le terrain, nous constatons combien cet accès reste incomplet et inégal. En 2024, près de quatre personnes sur cinq reçues dans nos centres, pourtant éligibles à une couverture maladie, n'avaient pas de droits ouverts.

Les obstacles sont multiples : absence d'adresse pour les plus précaires, freins liés à la dématérialisation des démarches, hausse du reste à charge, pratiques restrictives à l'encontre de certains publics. Ces barrières se traduisent par des retards voire des renoncements aux soins, avec des conséquences directes sur la santé. En 2024 nos équipes ont accueilli plus de 15 000 personnes : plus d'un tiers présentaient un retard de recours aux soins, et trois patient-es sur cinq ont été diagnostiqué-es avec une pathologie chronique. Ces constats rappellent une évidence : l'accès effectif à la protection maladie conditionne l'égalité face à la santé.

Pour cette 25<sup>ème</sup> édition, nous avons renouvelé le format de notre rapport. En articulant constats de terrain, témoignages et enquêtes ciblées, nous réaffirmons notre rôle d'observatoire au service de propositions concrètes pour améliorer l'accès aux soins et aux droits. Nous mettons en évidence les mécanismes qui freinent l'accès à la protection maladie et questionnons les choix de financement et de gouvernance qui conditionnent l'avenir de notre modèle solidaire. Nous avançons des recommandations concrètes et plaidons pour une réforme structurelle instaurant une couverture santé universelle, fondée sur la résidence, la simplification des démarches, l'égalité des droits et une gouvernance démocratique.

Médecins du Monde appelle à une Convention nationale citoyenne de la Sécurité sociale de la santé, afin que citoyen·nes, usager·es et professionnel·les redéfinissent ensemble les bases du système, dans l'esprit fondateur de 1945. Moment nécessaire de démocratie sanitaire et sociale dans un contexte de privatisation du champ de la santé et des inégalités qui l'accompagnent, elle viserait à renouveler notre contrat social autour des enjeux sanitaires.

Prolonger la promesse du conseil national de la résistance n'est pas une utopie. C'est un choix de société, et il nous appartient d'en tracer le chemin. Tel est le sens de notre engagement : contribuer au débat public pour bâtir une Assurance maladie du XXI<sup>ème</sup> siècle, réellement universelle, solidaire et accessible à toutes et tous.

**Dr Jean-François Corty**  
Président de Médecins du  
Monde



# SOMMAIRE

p. 3	ÉDITO
p. 6	RÉSUMÉ
p. 11	PANORAMA DES PROJETS DE MÉDECINS DU MONDE EN FRANCE EN 2024
P.14	LES PROJETS EN CHIFFRES EN 2024
p. 15	CARTE DES PROJETS EN FRANCE EN 2024
p. 16	INFOGRAPHIE
p. 18	ACRONYMES
<b>p. 20 BAROMÈTRE DE L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS</b>	
p. 22	AVANT-PROPOS
<b>p. 23 CHAPITRE 1 - ACTIVITÉ DES CASO/CAOA</b>	
<b>p. 26 CHAPITRE 2 - DÉTERMINANTS STRUCTURELS</b>	
p. 27	CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES
p. 29	MIGRATION
p. 30	ENVIRONNEMENT ÉCONOMIQUE
<b>p. 32 CHAPITRE 3 - DÉTERMINANTS INTERMÉDIAIRES DE SANTÉ</b>	
p. 33	ENVIRONNEMENT PHYSIQUE
p. 36	ENVIRONNEMENT SOCIAL
p. 37	DÉTERMINANTS INDIVIDUELS ET EXPÉRIENCES
p. 38	DÉTERMINANTS LIÉS À L'ACCÈS AU SYSTÈME DE SANTÉ
<b>p. 42 CHAPITRE 4 - ÉTAT DE SANTÉ</b>	
p. 46	UN ÉTAT DE SANTÉ VARIABLE SELON LES DÉTERMINANTS LIÉS À LA PRÉCARITÉ
p. 48	LA PRÉVALENCE DU VIH ET DES HÉPATITES VIRALES
p. 48	LES RETARDS DE RECOURS AUX SOINS
p. 48	URGENCES DE LA PRISE EN CHARGE

p. 50	<b>FOCUS : POUR UNE PROTECTION MALADIE VÉRITABLEMENT UNIVERSELLE</b>
p. 53	LA DOMICILIATION : UNE ADRESSE ADMINISTRATIVE INDISPENSABLE, MAIS DIFFICILE À OBTENIR
p. 54	UNE DISPARITÉ TERRITORIALE DANS L'ACCÈS À LA DOMICILIATION
p. 56	DES OBSTACLES D'ACCÈS À L'INFORMATION ET AUX GUICHETS DES CCAS OU DES MAIRIES
p. 58	INSTRUCTION DES DEMANDES : DES PRATIQUES RESTRICTIVES ET SOUMISES À L'ARBITRAIRE CONCERNANT L'ATTACHEMENT AVEC LA COMMUNE
p. 63	TRANSFORMATIONS DE L'ACCÈS AU SERVICE PUBLIC DE L'ASSURANCE MALADIE : LES CONSÉQUENCES DE LA DÉMATÉRIALISATION
p. 66	DES USAGER·ÈRE·S SUR LA TOUCHE : COMMENT LA DÉMATERIALISATION COMPLIQUE L'ACCÈS DES PLUS PRÉCAIRES AU SERVICE PUBLIC DE L'ASSURANCE MALADIE
p. 70	LES MAISONS FRANCE SERVICES, GARANTES D'UN ACCÈS AU SERVICE PUBLIC DE L'ASSURANCE MALADIE : RÉSULTATS D'UNE ENQUÊTE DANS LE DÉPARTEMENT DE HAUTE-GARONNE
P. 73	LE PARCOURS DES COMBATTANT·ES DE L'ACCÈS À L'INFORMATION ET AU GUICHET : FOCUS SUR L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT
p. 79	UNE PROTECTION MALADIE VÉRITABLEMENT UNIVERSELLE ?
P. 83	ASSURANCE MALADIE, LES FRAGILITÉS DE L'UNIVERSALITÉ : INCLUSION INACHEVÉE ET DYNAMIQUES D'EXCLUSION
P. 89	LES GRAND·ES OUBLIÉ·ES DE L'ASSURANCE MALADIE: LES ÉTRANGER·ES SANS TITRE DE SÉJOUR
p. 96	FINANCEMENT ET GOUVERNANCE : PERSPECTIVES POUR UNE ASSURANCE MALADIE DU XXI <sup>E</sup> SIÈCLE
p. 99	UN SYSTÈME D'ASSURANCE MALADIE DE MOINS EN MOINS PROTECTEUR
p. 102	VERS UNE COUVERTURE SANTÉ VÉRITABLEMENT UNIVERSELLE
<b>p. 109 ANNEXES</b>	
P. 110	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES
P. 114	MÉTHODOLOGIE
P. 116	ACTIVITÉS PAR CASO
P. 118	ANALYSES PAR CASO
P. 160	ANALYSES PONDÉRÉES DES CASO

# RÉSUMÉ

Les inégalités de santé résultent de l'interaction complexe entre des déterminants structurels tels que les contextes socio-économiques, politiques, et des déterminants intermédiaires, liés aux conditions matérielles, psychologiques, aux comportements, aux facteurs biologiques et génétiques, ainsi que l'accès au système de santé. Chez les personnes en situation de précarité, ces déterminants tendent à se cumuler, créant un effet multiplicateur qui accentue les inégalités et dégrade davantage l'état de santé. Le mal-logement, l'isolement social, les difficultés d'accès à la santé et aux soins, sont autant de facteurs qui, combinés, compromettent durablement la santé physique et mentale. La précarité s'inscrit dans un enchevêtrement de vulnérabilités qui constitue un enjeu majeur de santé publique.

Créé en 2000, l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins des programmes de MdM en France élabore un rapport publié annuellement. Il a trois objectifs :

- contribuer à enrichir la connaissance des populations les plus précarisées en France ignorées des statistiques officielles françaises.
- interpeller les acteur-riche-s politiques, institutionnels et acteur-riche-s de santé
- élaborer des propositions pour améliorer l'accès aux droits et aux soins des populations en situation de précarité.

L'année 2025 marque la 25<sup>ème</sup> édition du rapport de l'Observatoire de Médecins du Monde en France. Nous avons structuré en deux parties ce rapport sur l'accès aux droits et aux soins des personnes reçues dans les projets de Médecins du Monde en France. Comme chaque année nous décrivons tout d'abord à travers le baromètre, **le profil des personnes reçues dans les Centres d'accueil de soins et d'orientation (Caso) en 2024 ainsi que leur état de santé passé au crible des déterminants structurels et intermédiaires de santé**. La seconde partie du rapport est consacrée **aux enjeux d'accès à une couverture santé en France**. Elle propose, dans le contexte des 80 ans de la mise en place de la Sécurité sociale, un état des lieux approfondi du système d'Assurance maladie, à partir des constats de terrain de Médecins du Monde.

## BAROMÈTRE SANTÉ

**En 2024, 15 118 personnes ont été accueillies dans 14 centres fixes sur le territoire. Parmi elles, 63 % ont exprimé des besoins en santé lors de leur première visite.** Ces personnes sont majoritairement des hommes et âgées en moyenne de 36 ans. **Plus de deux mères sur cinq vivent seules avec leur enfant mineur. La quasi-totalité des personnes sont d'origine étrangère (98 %)**, parmi elles, **un tiers sont en France depuis moins de trois mois** lors de leur première visite dans un Caso et près d'un autre

tiers depuis plus de deux ans. Parmi les personnes étrangères majeures, **62 % sont en situation administrative irrégulière au regard du séjour**. Un tiers des personnes étrangères hors Union Européenne reçues ont déposé une demande d'asile avant leur entretien d'accueil, parmi elles, 18 % ont été placées en procédure Dublin III. Deux tiers des personnes considèrent leur situation au regard de l'habitat comme instable ou temporaire. En effet, **près d'un quart des personnes sont à la rue ou en hébergement d'urgence**.

Lors de leur première consultation médicale, 71 % des personnes n'ont jamais bénéficié d'un dépistage pour le VIH, elles sont 72 % pour l'hépatite B et 74 % pour l'hépatite C. Près de neuf femmes sur dix âgées de 15 à 49 ans et concernées par la contraception n'en n'utilisent pas et **un peu plus de quatre femmes âgées de 25 à 65 ans sur cinq n'ont jamais réalisé de dépistage du col de l'utérus ou ne savent pas si elles en ont déjà réalisé un. Un tiers des femmes enceintes présentent un retard de suivi de grossesse lors de leur consultation**.

Ces précarités ont des effets sur leur santé. En 2024, 13 431 consultations médicales ont été réalisées auprès de 9 352 patient-e-s. Les quatre principales pathologies sont liées aux systèmes digestif (22 %), ostéoarticulaire (19 %), respiratoire (19 %) ou dermatologique (13 %). **Près de trois patient-e-s sur cinq ont été diagnostiqué-e-s pour au moins une pathologie chronique. Plus d'un tiers des patient-e-s ont présenté un retard de recours aux soins selon les médecins. Ce retard est encore plus important chez les personnes à la rue ou en hébergement d'urgence et celles déclarant avoir renoncé aux soins**.

Chaque année nous faisons le constat que parmi les personnes que nous recevons dans les Caso, trop nombreuses sont celles qui n'ont pas de couverture maladie. Ainsi lors de leur entretien d'accueil, **85 % des personnes n'ont aucune couverture maladie. Le taux d'ouverture des droits est particulièrement faible puisque près de quatre personnes sur cinq éligibles à une couverture maladie n'ont pas de droits ouverts. Près de 89 % des personnes éligibles à l'Aide médicale de l'État (AME) n'ont pas de droits ouverts, et plus de 59 % pour les personnes éligibles à la Protection universelle Maladie (PUMa)**.

## FOCUS

**RENOUER AVEC LA PROMESSE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DE 1945 : POUR UN ACCÈS DE TOU·TE·S A LA SANTÉ ET UNE PROTECTION MALADIE VÉRITABLEMENT UNIVERSELLE**

A l'occasion des 80 ans de la Sécurité sociale, Médecins du Monde consacre la deuxième partie de ce rapport à une analyse de l'Assurance maladie, pilier fondamental du système

de santé français. Depuis plusieurs décennies, plusieurs réformes majeures – la création de la Couverture maladie universelle (CMU) en 1999, l'instauration de la Protection universelle maladie (PUMa) en 2016, puis la mise en place de la Complémentaire santé solidaire (C2S) en 2019 - ont permis d'élargir l'accès à une couverture maladie à une majorité de la population. Mais dans les faits, cet accès demeure inégal et incomplet. De nombreux obstacles, administratifs, financiers ou liés au statut, empêchent encore une partie des personnes vivant sur le territoire, notamment les plus précaires, de bénéficier d'une protection maladie effective et continue. Ce constat s'inscrit dans un contexte plus global de dématérialisation des démarches administratives qui creuse les inégalités d'accès, de désengagement progressif de l'État dans le financement de la santé au détriment des ménages, et de montée en puissance de logiques privées qui fragilisent les bases de notre modèle de solidarité.

Ce rapport s'appuie sur des constats de terrain issus des permanences de soins et des missions mobiles de Médecins du Monde, complétés par des enquêtes ciblées, menées en 2024 et 2025. Il vise à rendre visibles les mécanismes qui entravent l'accès à une couverture maladie complète, en articulant observations de terrain, analyse des politiques publiques et témoignages de personnes concernées. L'objectif est double : analyser les causes structurelles des inégalités d'accès, et proposer des solutions concrètes pour les surmonter. Les enjeux sont majeurs : la santé publique et l'état de santé des populations en dépendent directement. Renoncements ou retards de recours aux soins, absence de prévention, difficultés pour les professionnel-le-s à accompagner le patient-es dans leurs parcours : autant de symptômes d'un système à bout de souffle, qu'il est urgent de faire évoluer. L'organisation des trois premiers chapitres suit la logique d'un parcours administratif tel que vécu par les personnes accompagnées, des premières démarches jusqu'à la prise en charge effective des soins. Le premier chapitre traite de la domiciliation administrative, préalable indispensable pour ouvrir des droits à une couverture santé, dont l'effectivité reste très inégale selon les territoires. Le deuxième chapitre explore les conséquences de la dématérialisation du service public de l'Assurance maladie, dans un contexte de fermeture des accueils physiques, qui complexifie les démarches administratives de dépôt et suivi des demandes pour une part importante de la population. Le troisième chapitre propose une lecture critique des principaux dispositifs publics de protection maladie existants (couverture maladie obligatoire, complémentaire santé solidaire, aide médicale de l'État), à l'aune de trois dimensions : population couverte, risques protégés et conditions d'accès. Enfin le quatrième chapitre élargit la focale pour interroger les choix de financement et de gouvernance qui structurent aujourd'hui l'Assurance maladie, en posant les bases d'une refondation solidaire et démocratique.

À travers cette analyse, Médecins du Monde entend contribuer au débat public sur l'avenir de la Sécurité sociale de la santé. À court terme, des recommandations opérationnelles sont formulées pour améliorer les conditions concrètes d'accès à la protection maladie, à chaque étape du parcours administratif. À moyen terme, notre association appelle à une réforme structurelle, à travers la mise en place d'une couverture santé universelle, fondée sur la résidence stable et effective, la simplification des démarches, l'égalité des droits, et une gouvernance plus démocratique. Autant de jalons nécessaires pour prolonger la promesse de 1945,

et bâtir une Assurance maladie du XXI<sup>e</sup> siècle, réellement universelle, solidaire et accessible à toutes et tous.

## Domiciliation : une adresse administrative indispensable, mais difficilement accessible

La domiciliation est un droit fondamental qui permet à toute personne sans domicile stable de disposer d'une adresse administrative auprès d'un centre communal ou intercommunal d'action social (CCAS ou CIAS) ou d'une commune. Elle est indispensable pour accéder à de nombreux droits sociaux, notamment aux prestations d'assurance maladie, d'assurance maternité, à la complémentaire santé solidaire (C2S) ou encore à l'aide médicale de l'État (AME). Pourtant, malgré ce rôle essentiel, l'accès effectif à ce droit reste loin d'être garanti, en particulier pour les personnes les plus précaires. En 2024, 28 % des personnes accueillies par Médecins du Monde déclaraient ne pas disposer d'adresse postale lors de leur entretien d'accueil. Ce constat illustre les nombreux obstacles structurels et les pratiques inégalitaires qui compromettent l'accès effectif à la domiciliation.

De fortes disparités de couverture persistent sur le territoire. Dans certaines zones, en particulier en milieu rural, les services de domiciliation sont absents, contraignant les personnes concernées à d'importantes difficultés de mobilité et de transport. L'analyse croisée d'un territoire urbain dense (Ile-de-France) et d'un territoire rural faiblement peuplé (Médoc) met en lumière des difficultés communes : manque d'information, accessibilité limitée, et pratiques restrictives d'instruction des demandes. Ces difficultés sont particulièrement marquées en milieu rural, où les ressources humaines et les interlocuteur-riche-s dédié-e-s trop souvent insuffisant-e-s. A l'inverse, certaines communes font preuve d'un engagement fort, démontrant qu'un service public de domiciliation de qualité est possible, à condition d'y consacrer les moyens nécessaires.

Les obstacles administratifs sont nombreux : exigences excessives de justificatifs, interprétations restrictives du lien avec la commune, délais excessifs, voire refus infondés. Selon nos enquêtes et expériences, ils sont parfois renforcés par des pratiques discriminatoires, en particulier à l'encontre de personnes en situation administrative irrégulière. En Ile-de-France comme dans le Médoc, quatre CCAS sur dix déclarent ainsi refuser, de manière explicite ou implicite, les demandes de domiciliation en l'absence de titre de séjour. Ces pratiques discriminatoires visent également les personnes vivant en habitats précaires : 46 % des CCAS franciliens interrogés refusent de domicilier les personnes en bidonville, 54 % celles en squat, et 57 % celles vivant à la rue. Ces entraves reposent souvent sur une interprétation locale et restrictive du droit, notamment concernant le « lien avec la commune ». Selon la réglementation, cette notion peut être établie par tout moyen, y compris par le fait de se soigner sur le territoire communal – un critère trop rarement reconnu comme suffisant. Certaines municipalités imposent des conditions supplémentaires, conduisant à des refus de domiciliation déguisés.

Les démarches de domiciliation restent mal connues, tant par les personnes concernées que par les agent-e-s chargé-e-s de les instruire. Le manque de formation des professionnel-le-s, l'absence d'information claire et accessible, et l'insuffisante visibilité du dispositif contribuent au non-recours. Par ailleurs, de nombreux CCAS manquent de moyens humains, logistiques et financiers pour assurer pleinement cette

mission. Faute de soutien, certaines communes délèguent ou réduisent leur engagement, fragilisant encore davantage l'accès à ce droit fondamental.

### Pour un service public de domiciliation efficient, Médecins du Monde préconise une action coordonnée à tous les niveaux :

#### Au niveau national : consolider le cadre et les moyens d'actions

- pérenniser et élargir le financement en soutien aux CCAS.
- intégrer la domiciliation dans les politiques de lutte contre le non-recours.
- prévoir un mécanisme de substitution préfectorale en cas de carence manifeste d'une commune.

#### Au niveau préfectoral : garantir le droit et assurer un pilotage territorial cohérent

- faire respecter les obligations légales par les CCAS et les mairies.
- assurer le renouvellement et l'animation des schémas départementaux, avec la participation des acteurs concernés.
- mettre en place un pilotage régional dans les zones de forte mobilité, comme en Ile-de-France.

#### Au niveau local (communes, CCAS et CIAS) : garantir une domiciliation de proximité

- améliorer l'accessibilité du service public de domiciliation.
- outiller les agents et harmoniser les pratiques.
- favoriser l'accès effectif à la domiciliation pour les personnes en situation de mobilité contrainte, ou ayant des attaches dans plusieurs territoires.

### Transformations de l'accès au service public de l'Assurance maladie : les conséquences de la dématérialisation

La transformation numérique du service public de l'Assurance maladie s'est traduite par une réduction significative des lieux d'accueil physiques, au profit du développement des démarches en ligne et du recours aux plateformes téléphoniques. Si cette évolution peut simplifier les démarches administratives pour de nombreux·ses usager·ères, elle constitue également une source majeure d'entraves à l'accès aux droits pour d'autres.

Nos constats de terrain, notamment issus d'une enquête menée auprès des usager·ères de l'agence de la caisse primaire d'Assurance maladie de Rouen, mettent en lumière les nombreux obstacles rencontrés dans l'accès aux droits. Les personnes les plus précaires, âgées, isolées, allophones ou peu à l'aise avec les outils numériques sont particulièrement exposées à ces difficultés. Manque d'équipement, compétences numériques insuffisamment développées, défaut d'accompagnement ou encore absence de solution alternative non dématérialisées : ces facteurs se cumulent et rendent les démarches administratives difficiles d'accès pour une partie de la population. Les difficultés rencontrées pour effectuer des démarches en ligne ou par téléphone auprès de la CPAM ne sont pas sans conséquences : 44 % des personnes interrogées déclarent avoir renoncé au moins une fois, au cours des 12 derniers mois, à une démarche administrative à distance. En renonçant à ces démarches,

certaines personnes risquent de perdre leurs droits ou de ne jamais pouvoir les faire valoir. Ce qui devrait être un levier de simplification administrative devient ainsi, pour certains publics, un facteur d'exclusion et un frein à l'accès aux droits. L'accueil physique en agence reste un point de recours essentiel pour de nombreux·ses usager·ères, notamment pour obtenir une aide concrète dans leurs démarches ou accéder à des renseignements sur leurs droits. Pourtant, il devient de plus en plus difficile d'accès : prise de rendez-vous souvent obligatoire, manque de lisibilité sur les démarches administratives disponibles en agence, orientation systématique vers des bornes ou vers les services en ligne sans accompagnement humain. Les personnes ne parviennent pas toujours à faire aboutir leurs démarches : la moitié des personnes interrogées estime ne pas avoir pu les résoudre (24 %) ou seulement en partie (27 %), malgré leur venue en agence. De nombreuses personnes se retrouvent ainsi sans solution concrète pour faire valoir leurs droits.

Les Maisons France Services sont présentées comme un relais de proximité pour rapprocher les services publics des usagers. Pourtant, notre enquête menée dans le département de Haute-Garonne montre qu'elles ne compensent que partiellement le retrait progressif des services de l'Assurance maladie. Leur accessibilité, la qualité d'accueil, leur périmètre d'action et le niveau de formation des agents·es varient fortement d'un lieu à l'autre. De fait, elles ne permettent pas toujours de répondre aux besoins des publics les plus éloignés du droit.

Les bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (AME) sont particulièrement pénalisés par les évolutions des services de l'Assurance maladie. Notre enquête, menée auprès de six départements, met en lumière un ensemble d'obstacles spécifiques : couverture territoriale insuffisante des guichets habilités, exigence de rendez-vous dans certains départements, défaut d'information sur les droits, absence de services d'interprétariat, qualité insuffisante des réponses apportées par les plateformes téléphoniques départementales. L'ouverture de droits relève alors d'un véritable parcours d'obstacles, entraînant retards, non-recours, voire renoncements, avec des conséquences graves sur l'accès aux soins.

### Pour un service public de l'Assurance maladie accessible à toutes et tous, Médecins du Monde préconise de :

- Assurer un accès égal et équitable pour l'ensemble des usager·ères
  - Maintenir systématiquement plusieurs modalités d'accès aux services (physiques, téléphoniques, numériques) pour répondre à la diversité des situations.
  - Préserver un maillage territorial de proximité des agences de l'Assurance maladie.
  - Améliorer l'accueil à distance en garantissant l'accessibilité et la qualité des réponses fournies par les plateformes téléphoniques.
  - Rendre les services numériques réellement accessibles à toutes et tous, en luttant contre l'exclusion numérique et en maintenant des alternatives non dématérialisées pour les personnes qui en ont besoin.

- Faciliter les parcours administratifs des demande d'AME afin de lutter contre le non-recours, le retard et le renoncement à ce droit.
- Renforcer le réseau des Maisons France Services sans qu'il ne substitue aux missions des opérateurs de service public de l'Assurance maladie.

### Pour une protection maladie véritablement universelle, fondée sur la résidence

Entrée en vigueur en 2016, la « Protection universelle maladie » (PUMa) visait à parachever l'ambition portée par la création de la Couverture maladie universelle (CMU) en 1999 : garantir à toute personne travaillant ou résidant en France une prise en charge de ses frais de santé, sans démarche complexe. Ces réformes ont permis des avancées historiques vers une Assurance maladie plus inclusive, étendue à une très large partie de la population. Mais dans les faits, les ambitions d'universalité restent inabouties. Ce troisième chapitre examine les dispositifs actuels de protection maladie de service public – Assurance maladie obligatoire (AMO), complémentaire santé solidaire (C2S) et aide médicale d'État (AME) – en les analysant à travers trois dimensions clés de l'universalité : l'étendue de la population couverte, la nature des risques protégés et les conditions d'accès aux prestations.

Nos constats de terrain révèlent un système fragmenté, dans lequel l'accès à une couverture santé complète reste inégal et fragile, en particulier pour les personnes les plus précaires. En 2024, le taux d'ouverture des droits reste très bas parmi les personnes accueillies dans nos Casos : près de quatre personnes sur cinq éligibles à une couverture maladie n'ont aucun droit ouvert. Cette situation concerne 89 % des personnes pouvant bénéficier de l'AME, et plus de 59 % de celles éligibles à l'Assurance maladie.

En 2019, la fusion des anciens dispositifs de complémentaire publique au sein de la complémentaire santé solidaire (C2S) a permis de renforcer la couverture d'une partie de ces publics. Mais le dispositif reste encore trop méconnu : malgré son rôle crucial pour les plus modestes, son manque de lisibilité, les effets de seuil et la complexité des démarches alimentent un fort taux de non-recours.

L'accès à l'Assurance maladie est également de plus en plus entravé pour les personnes étrangères, dans un contexte de durcissement des conditions d'accès au séjour. La dématérialisation des procédures de régularisation fragilise l'accès effectif à un titre de séjour stable, et, par ricochet, à une affiliation à l'Assurance maladie. Certaines populations sont particulièrement touchées, comme les demandeur·euse·s d'asile, les mineur·es non accompagné·es, ou les citoyen·ne·s européen·ne·s en situation précaire.

Quant aux personnes étrangères en situation administrative irrégulière, elles restent largement exclues du droit commun, reléguées à un dispositif à part : l'AME, dont le périmètre de couverture est plus limité, et l'accès semé d'embûches. Ce dispositif essentiel fait pourtant l'objet d'attaques fréquentes sur le plan politique et médiatique, ce qui fragilise sa légitimité. Sur le terrain, cela se traduit par des différences significatives de traitement comme l'illustre l'enquête-testing menée par Médecins du Monde auprès des cabinets de chirurgiens-dentistes à Montpellier : dans 38 % des cas, les bénéficiaires de l'AME se sont vu·es

refuser un rendez-vous, alors qu'un créneau était proposé pour une demande identique formulée par une personne assurée sociale.

Face à la complexité du système - multiplicité des dispositifs, conditions d'accès différenciées selon le statut administratif, démarches complexes, ruptures de droit - Médecins du Monde appelle à une réforme structurelle : la création d'un régime unique de protection maladie, fondé sur la résidence stable et effective en France. Ce régime garantirait les mêmes droits à toutes les personnes vivant sur le territoire, indépendamment de leur nationalité ou de leur situation administrative. Une telle refondation permettrait de simplifier les parcours administratifs, de sécuriser l'accès aux droits, et d'établir une logique de solidarité réellement universelle au cœur du système de santé.

### Médecins du Monde plaide pour mettre en place une Assurance maladie véritablement universelle, garantissant à toute personne résidant en France

- quelle que soit sa situation administrative – une couverture santé publique unique, intégrale et sans reste à charge. Cette réforme suppose la fusion de l'Assurance maladie obligatoire et des dispositifs publics existants (C2S, AME) au sein d'un régime unique fondé sur le critère de résidence stable et effective sur le territoire.

### Dans l'attente de cette refondation, il est indispensable de :

- Renforcer l'effectivité de la C2S en luttant contre le non-recours, en simplifiant les démarches, et en garantissant une couverture continue et réellement accessible aux personnes précaires.
- Simplifier l'accès à l'Assurance maladie en améliorant la lisibilité du système et en prévenant les ruptures de droits, notamment lors des changements de statut ou de situation administrative.
- Garantir l'accès effectif aux soins pour les personnes étrangères en séjour irrégulier.
- Mettre fin aux pratiques discriminatoires et de refus de soins, en veillant à ce que tous les bénéficiaires des dispositifs de protection maladie – y compris l'AME et la C2S – puissent accéder à des soins de qualité, sans stigmatisation ni obstacles liés à leur statut.

### Financement et gouvernance : pour une Assurance maladie du XXI<sup>e</sup> siècle

Ce dernier chapitre propose d'élargir le regard, en ouvrant un débat de fond sur le financement, l'organisation et la gouvernance de l'Assurance maladie. Il plaide pour une refondation ambitieuse, fondée sur la mise en place d'une couverture santé universelle, adossée à la résidence en France, et garantissant à toutes et tous un accès effectif à des soins intégralement pris en charge.

Depuis plusieurs décennies, la Sécurité sociale – pensée à l'origine comme une institution autonome et démocratique – a vu son pilotage recentré entre les mains de l'État, dans une logique de contrôle budgétaire. Dans le champ de l'Assurance maladie, cela s'est traduit par une montée en puissance des lois de financement votées au Parlement, votées sans

réel débat sur les besoins de santé de la population. Dans le même temps, les financements publics ont été fragilisés, et les restes à charge (forfaits, franchises, dépassements d'honoraires) se sont accrus, transférant une part croissante du coût des soins vers les patient·e·s. En 2023, ils s'élevaient à 274 euros en moyenne par an et par habitant·e, avec de fortes disparités.

Loin de renforcer la solidarité nationale, les pouvoirs publics ont encouragé le développement d'un marché des complémentaires santé. Cela a abouti à un modèle dual combinant une Assurance maladie obligatoire partielle et une couverture complémentaire assurantielle – dont près de 2,5 millions de personnes restent exclues (4 % de la population française). En plus d'être coûteux et complexe, ce système à double niveau de remboursement entretient les inégalités sociales d'accès aux soins. Fondé sur une logique de sélection des risques, il s'éloigne du principe d'universalité des droits : plus on est âgé·e ou en mauvaise santé, plus la complémentaire est chère, indépendamment des capacités redistributives. Ce système va ainsi à l'encontre des logiques redistributives qui fondent l'Assurance maladie.

En 2022, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) a proposé le scénario de la « Grande Sécu », envisageant une prise en charge à 100 % des soins remboursables par l'Assurance maladie. Il s'agirait de substituer au prélèvement privé versé aux complémentaires santé, un prélèvement public, via la Sécurité sociale, plus équitable et plus efficient. Une telle réforme permettrait de générer des économies estimées à 5,4 milliards d'euros, notamment en supprimant les doublons de traitement, les coûts de gestion redondants, et les dépenses commerciales (acquisition de clients, publicité, marketing, etc.). S'il marque un pas en avant vers davantage de lisibilité, d'universalité et d'efficacité économique, ce projet demeure incomplet. Il ne définit pas clairement le périmètre des soins concernés, élude la question centrale des dépassements d'honoraires, et fait l'impasse sur les conditions de financement et de gouvernance démocratique.

Médecins du Monde propose une réforme plus ambitieuse, articulée autour d'une prise en charge intégrale des soins, définie démocratiquement selon les besoins des populations. Elle passe par la création d'un régime unique d'Assurance maladie fondé sur la résidence, fusionnant les dispositifs fragmentés actuels (PUMa, C2S, AME), et garantissant les mêmes droits à toutes les personnes résidant en France. Cette refondation suppose de revoir la gouvernance pour y associer pleinement les citoyen·ne·s, les professionnel·le·s et les acteur·rice·s de santé.

#### Pour garantir l'accès aux soins de toutes et tous, Médecins du Monde plaide pour :

- Une prise en charge à 100 % des frais de santé, définis selon les besoins des populations, garantie par l'Assurance maladie.
- La mise en œuvre d'une couverture santé universelle, fondée sur la résidence.
- Une gouvernance plus démocratique de l'Assurance maladie.

#### Pour y parvenir, nous recommandons d'ouvrir un débat démocratique sur l'avenir de l'Assurance maladie, via l'organisation d'une convention citoyenne de la Sécurité sociale de la Santé.

# PANORAMA DES PROJETS DE MÉDECINS DU MONDE EN FRANCE EN 2024

Les équipes de Médecins du Monde (Mdm) interviennent en France depuis 1986. À cette date, l'association a ouvert un centre de soins gratuits pour les plus démunis·es à Paris avec la volonté de le fermer dans les six mois, en alertant les pouvoirs publics sur la situation des populations en situation de précarité et/ou d'exclusion pour obtenir leur accès inconditionnel aux soins.

Près de 40 ans plus tard, malgré la mise en place de nombreux dispositifs publics pour les populations précarisées, les obstacles à l'accès aux droits et aux soins perdurent et incitent Mdm à maintenir ou développer des projets sur l'ensemble du territoire sous la forme de centres d'accueil, de soins et d'orientation/accompagnement (Caso/Caoa) mais également d'interventions mobiles de proximité.

Médecins du Monde poursuit sa stratégie d'intervention autour de trois piliers :

- des projets d'accueil inconditionnel et démarches d'aller-vers ;
- des plaidoyers fondés sur les constats, données, et témoignages des projets ;
- des alliances avec des partenaires associatifs et institutionnels.

#### En décembre 2024, Médecins du Monde France mène 43 projets en France hexagonale et outre-mer.

### 24 PROJETS POUR LE RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ (DSS) :

- 14 CENTRES FIXES D'ACCUEIL DE SOINS ET D'ORIENTATION (CASO)<sup>1</sup> DONT UN CENTRE D'ACCUEIL D'ORIENTATION ET D'ACCOMPAGNEMENT (CAOA) ;
- 10 AUTRES PROJETS FIXES ET MOBILES.

Les centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) ont pour objectif d'améliorer l'accès à la prévention, aux soins et aux droits des populations les plus vulnérables en France. Ils leur offrent, en fonction des besoins, un accueil digne,

une consultation médicale avec délivrance de médicaments, un accompagnement social pour l'ouverture de droits à la couverture maladie et/ou des activités de prévention. Ils œuvrent ainsi à l'insertion des personnes au sein du système de santé. L'accompagnement médico-psychosocial est inclusif, dans une logique d'*empowerment* et d'autonomisation des personnes. Tous les Caso proposent un accueil inconditionnel du public : soit les personnes sont reçues par les équipes pluridisciplinaires, soit elles sont réorientées vers une autre structure. La prise en charge santé proposée est holistique (bio-psycho-sociale) et est centrée sur la demande de la personne. En 2024, Mdm est passée de treize à neuf Caso en juin et un centre d'accueil d'orientation et d'accompagnement (Caoa) : Deux Caso ont fermé après avoir transféré leurs activités (Ajaccio et Pau) et deux ont évolué vers d'autres modalités d'intervention (Marseille et Rouen). D'autres, le Caso de Nice, par exemple, avaient également évolué en 2023. Cependant, bien que certains projets aient évolué, ils sont toujours appelés Caso dans le cadre du rapport de l'Observatoire 2024. Il s'agit d'Ajaccio, Bordeaux, Grenoble, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Nice, Paris, Pau, Rouen, Saint-Denis, Strasbourg et Toulouse.

Outre les 14 Caso, Mdm met en œuvre dix autres projets visant à renforcer le système de santé, dans trois territoires d'Outre-Mer (Mayotte, Cayenne et La Réunion), et en Hexagone (Metz, Lens-Hénin, Nantes, Haute-Vallée de l'Aude, Strasbourg, Lyon et Marseille).

Par exemple, à Mayotte, le projet construit autour de la médiation en santé consiste notamment à *aller-vers* les populations éloignées des soins, souvent en habitat précaire, pour les rapprocher du système de santé, et ainsi contribuer à diminuer les ruptures, renoncements et les retours tardifs aux soins. En Guyane, le projet, également construit autour de l'approche médiation en santé, vise à améliorer l'autonomie des personnes précarisées dans leur parcours de santé et d'accès aux droits. Dans ce cadre, un volet PASS de ville, mis en œuvre depuis plusieurs années, devrait d'ici deux ans être transféré.

Autre exemple, dans un contexte de hausse de la précarité et d'accroissement des inégalités sociales de santé, les équipes de Metz ont favorisé la mise en place d'une coordination et d'une mise en réseau des différents acteurs amenés à rencontrer les personnes précarisées, afin d'améliorer l'accès à la santé des populations en situation de précarité et afin de leur permettre d'entrer dans un parcours de santé de

<sup>1</sup> Afin de faciliter la lecture, le terme de Caso est utilisé tout au long du rapport mais concerne bien les données collectées au sein des Caso et du Caoa de Paris.

droit commun. Fin 2024, l'Agence régionale de santé a acté la mise en place d'un dispositif PASS de ville, dont MdM accompagne le déploiement.

## 7 PROJETS INTERVENANT SPÉCIFIQUEMENT SUR LES ENJEUX DE MIGRATION, EXIL, DROITS ET SANTÉ (MEDS).

Dans la majorité de ses projets de France hexagonale et dans les Outre-mer, Médecins du Monde travaille avec des personnes en situation de migration, la situation administrative précaire étant un facteur de vulnérabilité en santé. L'organisation met ainsi en place des initiatives « d'aller-vers » à destination des personnes les plus précarisées, vivant dans des squats, des campements, à la rue. Les équipes proposent des consultations médicales, des soins infirmiers, des actions de prévention et un accompagnement social. Elles tiennent également compte des souffrances physiques et psychiques résultant à la fois des parcours d'exil et des conditions de vie indignes auxquelles ces personnes sont confrontées en France.

Médecins du Monde mène aussi des projets spécifiques auprès des personnes migrantes : à la frontière franco-italienne à Briançon (unité mobile de mise à l'abri), à Paris, à Caen avec un projet de médiation en santé à destination des jeunes exilés, à Angoulême, et sur le littoral des Hauts-de-France à Dunkerque.

À Toulouse, le projet existant depuis 2021, visant à mettre en place et renforcer un réseau et un lieu-ressources pour les personnes exilées en situation de souffrance psychique, travaille une stratégie de transfert en 2025.

Parmi les personnes exilées rencontrées figurent également les mineur.es non accompagnés (MNA). Souvent démunis, perdus, abîmés par leurs parcours migratoires et les conditions dans lesquelles ils et elles survivent en France, ils et elles font face à de nombreux obstacles dans leur accès aux droits et aux soins : absence de protection, remise en cause de leur âge et de leur identité, conditions de vie très précaires à la rue, en squats ou en campement, expulsions et harcèlement policier, nonaccès à une couverture maladie, etc. À travers deux projets à Nantes et Paris dédiés aux MNA exclus des dispositifs de protection de l'enfance mais également de façon transversale dans le cadre de ses autres projets partout en France, Médecins du Monde offre à ces jeunes une écoute, des consultations médicales et sociales, des ateliers collectifs de soutien psychosocial et de prévention à la santé, de l'orientation et de l'accompagnement dans l'accès aux biens essentiels, aux droits et aux soins.

## 6 PROJETS INTERVENANT SPÉCIFIQUEMENT SUR LES ENJEUX DE SANTÉ ENVIRONNEMENT (SE).

La précarité des personnes rencontrées se manifeste à la fois par des conditions d'habitat dégradées liées à l'absence d'un logement stable et digne, mais aussi par des conditions de travail délétères, que ce soit dans un contexte d'emploi informel ou peu protecteur, à l'instar du travail saisonnier viticole ou de la livraison pour des plateformes numériques. Ces facteurs environnementaux nocifs génèrent ou aggravent des problèmes de santé chez des individus déjà fragilisés. À travers des équipes mobiles, Médecins du Monde continue ses actions en squats, en bidonvilles, dans des structures d'hébergement et accueils de jour, mais aussi en rue à Lyon, Toulouse, Paris, Montpellier et Saint-Denis. Les projets proposent :

- une veille sanitaire, des consultations médicales, un soutien psychosocial et une médiation en santé ;
- des accompagnements dans les démarches administratives et l'ouverture des droits ;
- des ateliers d'information et de sensibilisation permettant aux personnes concernées de mieux comprendre et prendre en charge leur propre santé ;
- l'accompagnement des acteurs médicaux et sociaux à une meilleure compréhension des enjeux de l'habitat précaire, du sans-abrisme, de la précarité et de leurs impacts sur la santé ;
- la participation à des initiatives favorisant l'accès direct à un logement stable pour les personnes vivant en situation de rue ;
- un plaidoyer interassociatif en faveur de dispositifs d'hébergement et de logement adaptés et pérennes, de dispositifs mobiles permettant l'accompagnement médico-psychosocial et l'accès aux soins effectifs des personnes les plus exclues.

Médecins du Monde poursuit également son projet à Bordeaux et dans le Médoc auprès des travailleuses et des travailleurs précarisés de la livraison de plateformes numériques et des travailleurs et travailleuses saisonniers agricoles :

- un accompagnement dans l'accès aux droits et aux soins de santé ;
- des actions de médiation en santé en « aller-vers » et en « ramener-vers » permettant aux personnes de se rapprocher des structures de santé ;
- des consultations médicales et de kinésithérapie ;
- des actions d'information et de sensibilisation sur les risques professionnels et leur prévention ;
- la promotion des bonnes pratiques favorisant la santé au travail ;
- Le soutien de collectifs de personnes concernées leur permettant de faire valoir leurs droits, mieux prendre en charge leur santé, et porter leurs messages de plaidoyer ;
- un plaidoyer interassociatif pour rendre visibles les dégradations des conditions de travail dans les situations de précarité.

En étroite collaboration avec les ministères concernés et en consortium avec plusieurs partenaires opérationnels, MdM s'implique dans un projet expérimental à Marseille d'alternative à l'incarcération par le logement et le suivi intensif (Ailsi), comprenant notamment un volet recherche et proposant, en amont de la détention, un dispositif d'alternative à l'incarcération pour les personnes à la rue présentant des troubles psychiatriques sévères.

## 1 PROGRAMME TRANSVERSAL DE PRÉVENTION EN DROITS ET SANTÉ SEXUELS ET REPRODUCTIFS (DSSR) ET 1 PROJET SPÉCIFIQUE.

Vivre librement sa sexualité, sans danger ni violence, sans crainte d'une grossesse non intentionnelle ou d'infection sexuellement transmissible (IST) est un enjeu de santé clé. Pourtant, Médecins du Monde constate que l'accès à des informations fiables et sans jugement, ainsi qu'à des services de prévention et de soins pour bien vivre et comprendre sa sexualité reste un défi majeur en France, surtout pour les plus précaires.

Plus de la moitié des projets de Médecins du Monde en France, réunis au sein d'un programme transversal Prévention DSSR, mettent en œuvre des activités visant à renforcer l'accès effectif aux DSSR en France hexagonale et dans les territoires d'Outre-mer. Selon les territoires et les projets, sont mis en œuvre :

- des entretiens individuels de prévention, avec offre de dépistage, et des ateliers collectifs sur les DSSR ;
- la mise à disposition de matériels de prévention comme des préservatifs et autotests ;
- l'orientation et l'accompagnement des personnes vers les structures de droit commun, par exemple vers des centres de santé sexuelle, de dépistage, de protection maternelle et infantile ;
- l'implication des personnes dans leur prise en charge au travers de la médiation en santé, du recours à l'interprétariat professionnel et de techniques d'entretien centrées sur la personne ;
- la documentation sur l'état de santé sexuelle et reproductive des personnes et des dysfonctionnements dans l'accès aux services et aux droits ;
- le plaidoyer en faveur de politiques publiques en la matière, y compris pour l'inscription de l'IVG dans la Constitution française ou la simplification des parcours de dépistage et prise en charge.

Un projet spécifique DSSR existe depuis 2020 en Pays de la Loire. L'objectif est de renforcer l'accès et la qualité de l'offre en DSSR des personnes vivant dans des lieux de vie instables, insalubres, indignes et/ou informels (lieux 4i), suivant une approche communautaire à Nantes Métropole et Angers.

## 5 PROJETS DE RÉDUCTION DES RISQUES (RDR) LIÉS À L'USAGE DE DROGUES ET/OU AU TRAVAIL DU SEXE (TDS).

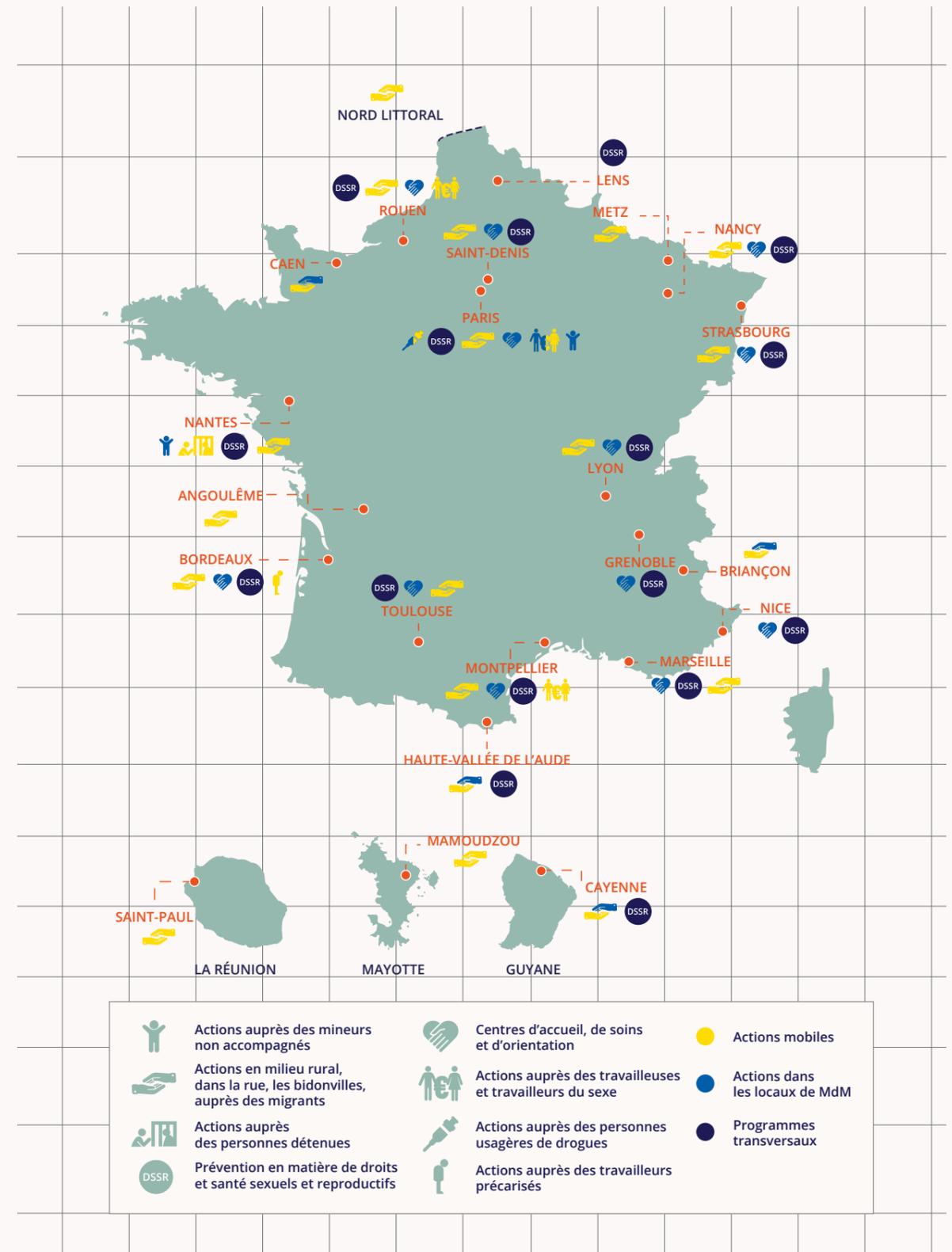
Les scènes de consommation de crack continuent d'exister dans le nord-est parisien, notamment avec des points de fixation plus ou moins étendus, régulièrement évacués par les forces de l'ordre, renforçant les vulnérabilités des personnes en les isolant et les éloignant des centres spécialisés. Les violences accrues plus particulièrement en direction des femmes usagères de substances psychoactives laissent les dispositifs du médico-social démunis quant aux réponses à apporter. Les associations gèrent ainsi l'urgence de la situation sanitaire et sociale extrême. Le projet de Médecins du Monde vient en renfort du médico-social, avec des actions soutenant et complémentaires.

En lien avec d'autres associations, Médecins du Monde travaille pour que les politiques de santé prennent en compte les besoins spécifiques des travailleurs et travailleuses du sexe (Tds), dans une approche de réduction des risques. L'association milite contre la pénalisation du travail sexuel et pour un soutien accru aux associations de santé communautaires qui sont les mieux à même de répondre aux besoins. Les programmes de Médecins du Monde à Montpellier, à Paris et à Rouen favorisent l'accès à la santé et aux droits des travailleuses et travailleurs du sexe à travers des actions d'aller-vers, d'accueil et d'accompagnement. Médecins du Monde porte, enfin, un programme national de lutte contre les violences commises à leur encontre dans le cadre de leurs activités, basé en Île-de-France.

# MÉDECINS DU MONDE COMPTE EN 2024

# CARTE DES PROJETS EN FRANCE EN 2024

- 43** PROJETS MENÉS PAR 1402 BÉNÉVOLES ET 166 SALARIÉ·E·S EN FRANCE HEXAGONALE ET OUTRE-MER.
- 24** PROJETS DE RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ (DSS) DONT :
- 14** CENTRE FIXES D'ACCUEIL DE SOINS ET D'ORIENTATION (CASO) ET D'ACCOMPAGNEMENT (CAOA)
- 10** PROJETS FIXES ET MOBILES
- 7** PROJETS SUR LES ENJEUX DE MIGRATION, EXIL, DOITS ET SANTÉ (MEDS)
- 6** PROJETS SUR LES ENJEUX DE SANTÉ ET ENVIRONNEMENT (SE)
- 1** PROGRAMME TRANSVERSAL DE PRÉVENTION EN DROITS SANTÉ SEXUELS ET REPRODUCTIFS (DSSR)
- 1** PROJET DSSR
- 5** PROJETS DE RÉDUCTION DES RISQUES (RDR) LIÉS À L'USAGE DE DROGUES ET/OU AU TRAVAIL DU SEXE (TDS)



# INFOGRAPHIE 2025<sup>1</sup>

## L'ACTIVITÉ DES CENTRES FIXES DE MÉDECINS DU MONDE



**1 402** bénévoles

**166** salarié.es interviennent sur les projets en France



**14** centres fixes, d'accueil de soins et d'orientation en France



**15 118** personnes accueillies



**16 019** consultations médicales,

**3 388** consultations infirmières ou de prévention et **12 923** entretiens sociaux

## DÉTERMINANTS STRUCTURELS\*

démographie, migration, environnement économique



**63 %** se déclarent comme hommes



**34 ans** d'âge médian



**98 %** des personnes sont de nationalité étrangère



**33 %** des personnes sont demandeuses d'asile



**62 %** des personnes majeures sont en situation irrégulière au regard du séjour

## DÉTERMINANTS INTERMÉDIAIRES

### Environnement physique et social\*



**Près d'1/4** des personnes sont à la rue ou en hébergement d'urgence (23 %)



**Plus des 2/3** des personnes vivant dans un logement le déclarent comme temporaire ou instable (68 %)

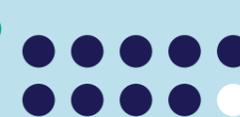
### Déterminants liés à l'accès au système de santé\*



**Près de 2 personnes sur 5** ne sont pas éligibles à une couverture maladie (38 %)



**Près de 4 personnes sur 5** éligibles à une couverture maladie n'ont pas de droits ouverts (79 %)



**Près de 9 personnes sur 10** éligibles à l'AME n'ont pas de droits ouverts (89 %)

### Déterminants individuels et expériences\*\*\*



**Plus de 8 femmes sur 10** âgées de 25 à 65 ans ne savent pas ou n'ont jamais réalisé de dépistage de cancer du col de l'utérus (81 %) (contre 7 % en population générale - SPF 2021)



**Près de 9 femmes sur 10** âgées de 15 à 49 ans et concernées par la contraception n'en ont pas (87 %)

## ÉTAT DE SANTÉ\*\*



**57 %** des patient.es sont diagnostiqués pour au moins une maladie chronique



**34 %** des patient.es présentent un retard de recours aux soins



**39 %** des patient.es nécessitent une prise en charge urgente ou assez urgente

<sup>1</sup> Données collectées en 2024 dans les Caso ; Rapport de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les projets de Médecins du Monde en France.

Sources : \*entretien d'accueil ; \*\*consultation médicale ; \*\*\* entretien de prévention et consultation médicale

# ACRONYMES

<b>AAH</b>	Allocation adulte handicapé	<b>C2S</b>	Complémentaire santé solidaire
<b>ACS</b>	Aide à la complémentaire santé	<b>DGS</b>	Direction générale de la santé
<b>ALD</b>	Affections longue durée	<b>DIHAL</b>	Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement
<b>AME</b>	Aide médicale de l'État	<b>DREES</b>	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
<b>AMG</b>	Assistance médicale gratuite	<b>DSSR</b>	Droits et santé sexuels et reproductifs
<b>ANEF</b>	Administration numérique des étrangers en France	<b>DSUV</b>	Dispositif soins urgents et vitaux
<b>ASE</b>	Aide sociale à l'enfance	<b>GUDA</b>	Guichet unique des demandeur.euse.s d'asile
<b>ASI</b>	Allocation supplémentaire d'invalidité	<b>HAS</b>	Haute autorité de santé
<b>ASS</b>	Allocation de solidarité spécifique	<b>HCAAM</b>	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
<b>CAF</b>	Caisse d'allocations familiales	<b>HPV</b>	Infections à papillomavirus humain
<b>Caoa</b>	Centre d'accueil, d'orientation et d'accompagnement	<b>MdM</b>	Médecins du Monde France
<b>Caso</b>	Centre d'accueil de soins et d'orientation	<b>MFS</b>	Maisons France service
<b>CCAS</b>	Centre communal d'action sociale	<b>MNA</b>	Mineur.e.s non accompagné.e.s
<b>CEJ</b>	Contrat d'engagement jeune	<b>MSA</b>	Mutuelle sociale agricole
<b>CIAS</b>	Centre régional d'études, d'actions et d'information - observatoire régional de santé	<b>Pass</b>	Permanence d'accès aux soins de santé
<b>CISP</b>	Classification internationale des soins primaires	<b>PUMa</b>	Protection universelle maladie
<b>CMU</b>	Couverture maladie universelle	<b>RSA</b>	Revenu de solidarité active
<b>CNAM</b>	Caisse nationale d'assurance maladie	<b>UE</b>	Union européenne
<b>CPAM</b>	Caisse primaire d'assurance maladie	<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humaine
<b>CREIC</b>	Centre des ressortissants européens inactifs communautaires		

**BAROMÈTRE  
DE L'ACCÈS  
AUX DROITS  
ET AUX SOINS**

# AVANT-PROPOS

Sur le constat que les inégalités de santé concernent toute la population sur l'ensemble du gradient social<sup>2</sup>, nous avons choisi de construire la structure du baromètre de l'accès aux droits et aux soins sur le cadre conceptuel d'action sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS<sup>3</sup>. Les déterminants structurels sont liés au contexte politique et économique du pays (répartition sociale de la population en fonction du revenu, de l'éducation, de la profession, du sexe, de ses origines ethniques). Les déterminants intermédiaires de l'état de santé renvoient aux conditions matérielles, psychologiques, aux comportements, aux facteurs biologiques et génétiques, ainsi qu'au rôle de l'accès au système de santé<sup>4</sup>. Tous ces déterminants agissent sur la santé.

Ce baromètre fournit annuellement des informations décrivant l'accès aux droits et aux soins des personnes accueillies dans les Centres d'accueil de soins et d'orientation de Médecins du Monde. Les indicateurs sont analysés sur l'ensemble des Casos. Lorsqu'elles sont notables, les différences entre Casos sont renseignées dans le texte. Un récapitulatif pour chaque Caso est intégré aux annexes.

Les statistiques sont des analyses descriptives dans les interprétations. En cas de questionnement sur leurs interprétations au regard du contexte, le lecteur peut s'adresser aux équipes de Médecins du Monde.

# L'ACTIVITÉ DES CASO/CAOA

<sup>2</sup> On appelle gradient social de santé la correspondance entre les différences de santé observées et la position dans la hiérarchie sociale (selon des indicateurs comme les revenus, le niveau d'études, la profession, etc.) Moquet, M.-J., & Potvin, L. (2011). *Inégalités sociales de santé : Connaissances et modalités d'intervention*. *La Santé de l'Homme*, 414, pp. 7-8.

<sup>3</sup> <https://www.who.int/publications/i/item/9789241500852>

<sup>4</sup> Moquet, M.-J. (2008). Promouvoir la santé, pour réduire les inégalités. *La Santé de l'Homme*, 397, pp. 16-19

# 01

## L'ACTIVITÉ DES CASO/CAOA

### LES POINTS ESSENTIELS

- 13 centres fixes d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) et 1 centre d'accueil, d'orientation et d'accompagnement (Caoa) en France.
- 15 118 personnes accueillies en 2024.
- 32 444 consultations réalisées en 2024 : 16 019 consultations médicales (généralistes et spécialistes) ou dentaires, 3 388 consultations infirmières ou de prévention, 12 923 entretiens sociaux et 114 accompagnements physiques lors de rendez-vous extérieurs.
- 63,3 % des personnes ont exprimé des besoins en santé lors de leur première visite.

En France, Médecins du Monde mène différents projets sur l'ensemble de l'Hexagone et dans les départements d'Outre-mer. Parmi ces projets, les centres fixes d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) et le centre d'accueil, d'orientation et d'accompagnement (Caoa) offrent un accueil médico-psychosocial à toute personne en difficulté d'accès aux droits, aux soins et à la prévention. Les données présentées dans ce rapport sont issues du recueil de données sur les personnes accueillies dans ces centres tout au long de l'année 2024.

Lors de la première venue dans un Caso, un entretien d'accueil est réalisé avec chaque personne afin de connaître ses motifs de venue, ses conditions de vie, sa situation administrative et ses difficultés d'accès aux soins. Ces informations sont recueillies une seule fois et permettent de décrire la situation de chaque personne lors de la première rencontre. Cette première rencontre permet également d'informer les personnes sur leurs droits.

**En 2024, les 14 Caso/Caoa ont accueilli 15 118 personnes<sup>5</sup> lors de 25 623 visites<sup>6</sup>. Au total, 32 444 consultations ont été réalisées auprès de 14 286 personnes<sup>7</sup>, soit en moyenne 2,3 consultations par personne (tableau 1). Près de la moitié des consultations (49,4 %, n=16 019) correspondaient à des consultations médicales ou dentaires, 10,4 % (n=3 388) à des consultations infirmières ou de prévention, 39,8 % (n=12 923) à des entretiens sociaux, et 0,4 % (n=114) à des accompagnements physiques lors de rendez-vous extérieurs à Médecins du Monde. Par rapport à 2023, la file active a diminué de 11,1 % en 2024 (-1 890 patient-e-s), avec une baisse des consultations infirmières ou de prévention (-19,9 %) et des consultations dentaires (-37,1 %) et une diminution plus modérée des consultations médicales (-7,4 %). En parallèle, le nombre d'entretiens sociaux a légèrement augmenté (+4,6 %).**

<sup>5</sup> La file active correspond au nombre de personnes différentes ayant eu au moins une consultation ou un entretien d'accueil au cours de l'année.

<sup>6</sup> Une visite correspond à la venue d'une personne une journée donnée, quel que soit le nombre de consultations ou d'entretiens réalisés lors de cette journée.

<sup>7</sup> Parmi les 15 118 personnes accueillies, 14 286 ont bénéficié d'une consultation, les 1 062 autres personnes ont uniquement bénéficié d'un entretien d'accueil avant d'être potentiellement orientées vers d'autres structures.

TABLEAU 1 - CONSULTATIONS ET ENTRETIENS DÉLIVRÉS DANS LES CASO/CAOA EN 2024

Consultations	Nb de consultations	Nb de patient-e-s différent-e-s reçu-e-s <sup>1</sup>	Nb moyen de consultations par patient-e	Évolution 2024/23 Nb de consult. (%)
<b>Consultations réalisées en 2024</b>	<b>32 444</b>	<b>14 286</b>	<b>2,3</b>	<b>-6 %</b>
Consultations médicales (généralistes/spécialistes')	14 993	9 576	1,6	-7,4 %
<i>Dont médecins généralistes</i>	13 431	9 352	1,4	-8 %
<i>Dont consultations psychologiques ou psychiatriques</i>	1 411	536	2,6	-1,3 %
Consultations dentaires	1 026	460	2,2	-37,1 %
Consultations infirmières ou prévention	3 388	2 707	1,3	-19,9 %
<i>Dont prévention DSSR</i>	625	602	1,0	+14,7 %
Entretiens sociaux	12 923	8 082	1,6	+4,6 %
Accompagnements physiques	114	71	1,6	+12,9 %

<sup>1</sup> Spécialités rencontrées en 2024 : ophtalmologie/optique (Caso de Grenoble uniquement), cardiologie (Bordeaux et Saint-Denis uniquement) et psychologie/psychiatrie (Bordeaux, Nancy, Nice, Paris, Pau, Saint-Denis et Toulouse).  
DSSR : Droits et santé sexuels et reproductifs.

Lecture : En 2024, 9 576 patient-e-s ont été vu-e-s lors de 14 993 consultations médicales, avec en moyenne 1,6 consultation médicale par patient-e reçu-e. Le nombre de consultations médicales a diminué de 7,4 % par rapport à 2023.

Les centres de Saint-Denis, de Paris et de Bordeaux réalisent le plus grand nombre de consultations et représentent respectivement 18,3 % (n=5 953), 12,7 % (n=4 135) et 12,5 % (n=4 068) de l'ensemble des consultations en 2024.

Plus des deux tiers des personnes reçues (70,8 %, n=10 711) se sont rendues pour la première fois dans un Caso en 2024. Parmi elles, 7,4 % avaient été adressées par une structure de soins (n=642) et 1,6 % (n=132) par un autre programme de MdM (taux de réponse 80,8 %). **Le motif exprimé de leur première visite était limité à des besoins en santé pour 63,3 % d'entre elles (n=5 831)**, à des besoins en santé ainsi que d'accompagnement administratif, social ou juridique pour 18,8 % (n=1 736), et uniquement à des besoins d'accompagnement administratif, social ou juridique pour 17,8 % (n=1 643, taux de réponse 86 %). Cette proportion de premières visites motivées uniquement par des besoins d'accompagnement administratif, social ou juridique est plus élevée chez les patient-e-s étranger-ère-s en France depuis trois mois ou plus (25,4 %, contre 9 % chez les patient-es étranger-es en France depuis moins de trois mois et 11,6 % chez les patient-es français-es).

En raison de la barrière de la langue, un-e interprète peut parfois être nécessaire lors des entretiens et consultations. Ainsi, 36,7 % des patient-es ayant consulté en 2024 ont été identifiés comme ayant besoin d'un-e interprète (n=4 691). Pour ces patient-es, 82,4 % des consultations réalisées en ont effectivement bénéficié<sup>9</sup>. L'interprétariat professionnel en santé est principalement réalisé par téléphone et favorise un accès égal aux droits et aux soins. Son usage a presque doublé ces dernières années avec 20,5 % des consultations qui en bénéficiaient en 2019, contre 38,9 % en 2024, et jusqu'à 63,1 % et 65,5 % spécifiquement pour les Caso de Paris et Saint-Denis. Lorsqu'il n'était pas fait appel à un service d'interprétariat, ce dernier a été réalisé par un-e intervenant-e de MdM<sup>10</sup> (17,5 %) ou par une tierce personne (26 %).

<sup>8</sup> Les besoins de santé comprennent des raisons médicales, paramédicales ou dentaires, tels que la nécessité de consulter un professionnel de santé, de réaliser des dépistages ou de bénéficier d'actions de prévention.

<sup>9</sup> Information disponible pour 54,2 % des consultations de patient-e-s ayant besoin d'interprétariat (n=7 177).

<sup>10</sup> Certain-e-s intervenant-e-s bénévoles de MdM sont également interprètes professionnel-le-s.

# DÉTERMINANTS STRUCTURELS

## 02

### DÉTERMINANTS STRUCTURELS

#### LES POINTS ESSENTIELS

- Les personnes rencontrées dans les Caso sont majoritairement des hommes (63,1 %), sont âgées en moyenne de 35,6 ans, et sont pour la quasi-totalité de nationalités étrangères (97,9 %).
- Parmi les personnes étrangères reçues, un tiers sont en France depuis moins de trois mois lors de leur première visite en 2024 et près d'un autre tiers y sont depuis plus de deux ans.
- 62,1 % des personnes étrangères majeures sont en situation administrative irrégulière lors de leur entretien d'accueil.
- Un tiers des personnes étrangères hors Union européenne reçues ont déposé une demande d'asile avant leur entretien d'accueil, parmi elles, 17,8 % ont été placées en procédure Dublin III.
- 19,2 % des personnes accueillies de 16 ans et plus ont une activité rémunérée en France, dont 24,4 % des hommes et 10,5 % des femmes.

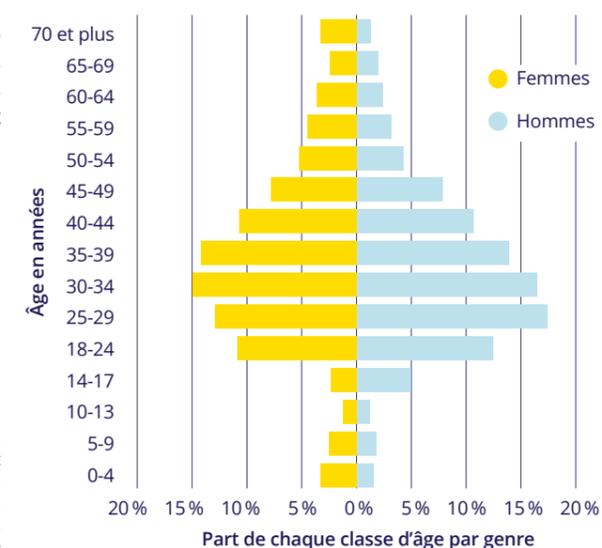
#### CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES

En 2024, 63,1 % des personnes reçues dans les Caso se déclarent comme hommes (n=9 534), 36,9 % comme femmes (n=5 575) et 0,1 % comme transgenre<sup>11</sup> (n=9). Elles sont âgées en moyenne de 35,6 ans (médiane 34,1 ans)<sup>12</sup>, et 55,4 % ont entre 20 et 39 ans (n=8 354) (figure 1).

<sup>11</sup> Dans l'état actuel de la collecte de données, trois choix sont proposés aux personnes : masculin, féminin et transgenre. Cela ne permet pas d'analyse précise en termes d'identité de genre trans (femmes trans, hommes trans, personnes non-binaires). Toutefois, Médecins du Monde travaille à intégrer dans ses catégories d'analyses cette différenciation, plus juste en termes de santé publique et respectueuse de toutes et tous. Du fait de ces limitations, et par commodité, les termes de « femmes » et « hommes » sont utilisés dans le rapport.

<sup>12</sup> Âge médian de 33,3 ans chez les hommes et 35,7 ans chez les femmes.

FIGURE 1 - PYRAMIDE DES ÂGES DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO EN 2024 (EN % DE LA FILE ACTIVE)



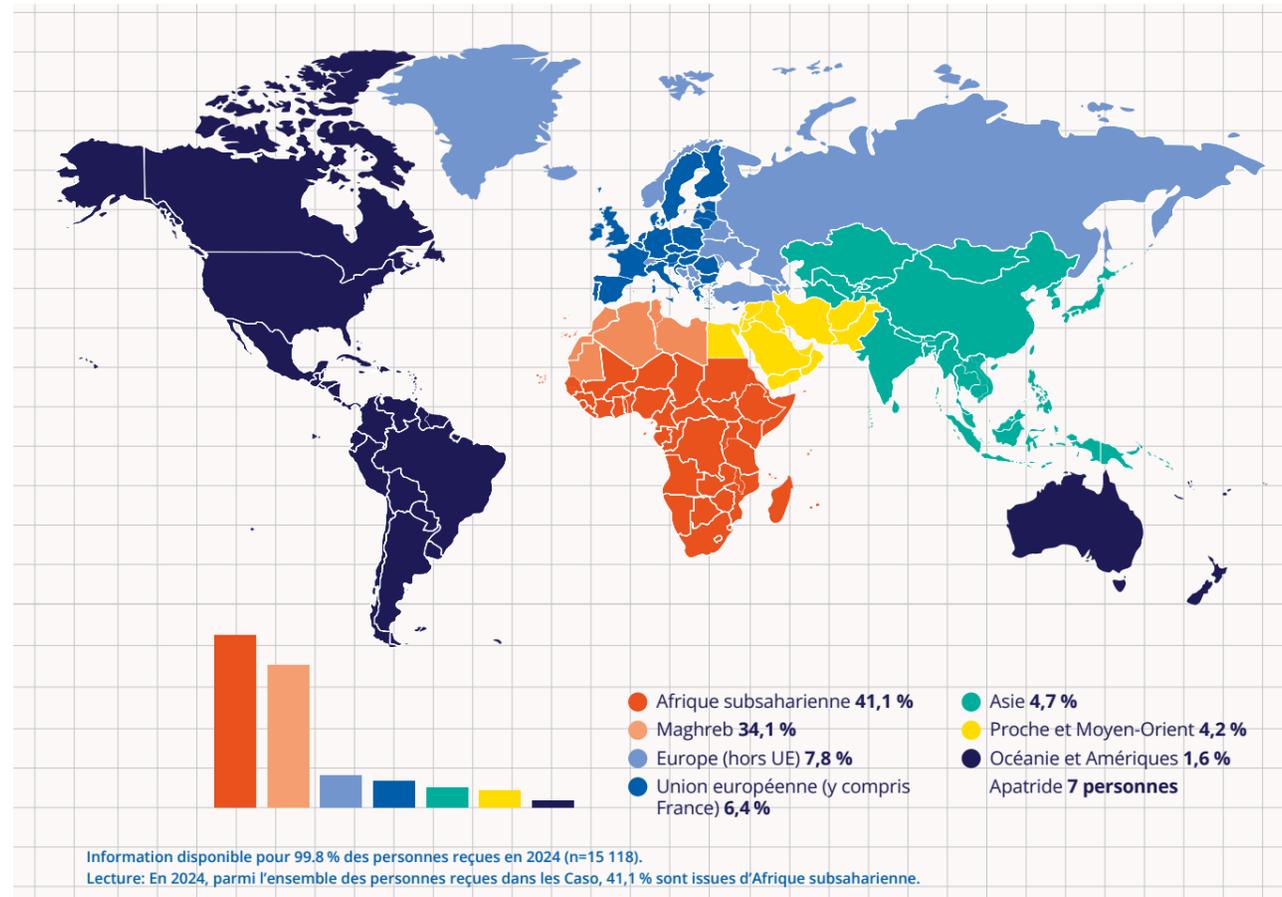
Information disponible pour 99,8 % des personnes reçues en 2024 (n=15 081). Les neuf personnes transgenres sont exclues de cette analyse en raison de leur faible effectif.  
Lecture : En 2024, 14,9 % des femmes reçues dans les Caso sont âgées de 30 à 34 ans.

Les mineurs représentent 9,3% des personnes reçues (n=1 396), avec une proportion allant de 2,7% à Ajaccio jusqu'à 19,3% à Lyon et Pau.

**La quasi-totalité des personnes reçues sont de nationalité étrangère (97,9%, n=14 800).** Elles sont majoritairement originaires d'Afrique subsaharienne (41,1%, n=6 207) et du Maghreb (34,1%, n=5 151). Elles sont également 14,3% à venir d'Europe<sup>13</sup>, 4,7% d'Asie et 4,2% du Proche et Moyen-Orient (figure 2).

La zone géographique d'origine des personnes reçues varie selon les Casos, avec par exemple plus de ressortissants des pays d'Afrique subsaharienne à Paris (60,1%, n=1 108) ou du Maghreb à Montpellier (62,2%, n=855). Par genre, les femmes sont plus souvent originaires d'Afrique subsaharienne (47,4%, n=2 642) et moins souvent du Maghreb (26,9%, n=1 499) par rapport aux hommes (respectivement 37,4%, n=3 564 et 38,3%, n=3 651)<sup>14</sup>.

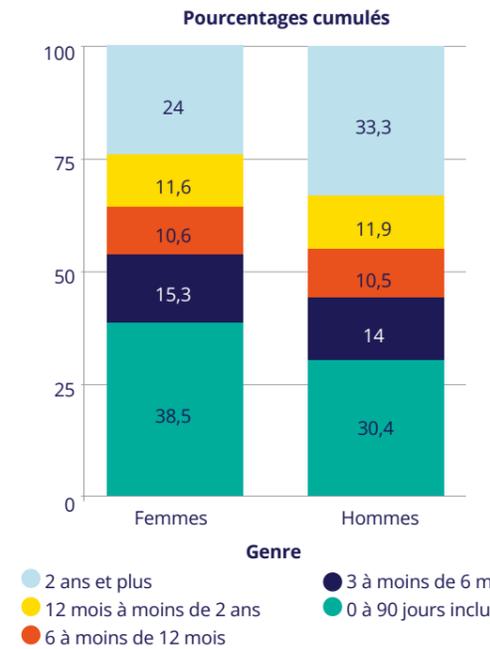
**FIGURE 2 - RÉPARTITION DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO SELON LA ZONE GÉOGRAPHIQUE D'ORIGINE EN 2024**



## MIGRATION

Lors de leur première visite en 2024, la durée médiane de présence en France des personnes étrangères est de six mois. **Un tiers des personnes étrangères reçues sont des primo-arrivant-e-s<sup>15</sup> (33,4%) et 29,8% sont en France depuis deux ans ou plus (taux de réponse : 95,1%).** Après une baisse des primo-arrivants lors de la crise sanitaire (23,5% en 2020), leur part a augmenté progressivement jusqu'à atteindre une proportion proche de 2019 (38,3%). Les femmes sont plus souvent des primo-arrivantes par rapport aux hommes (figure 3).

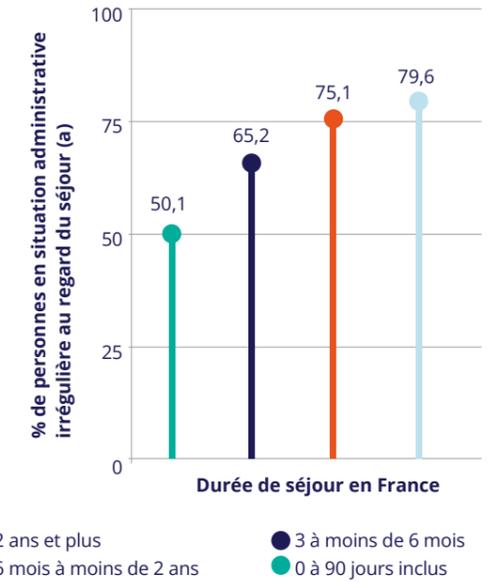
**FIGURE 3 - DURÉE DE SÉJOUR EN FRANCE DES PERSONNES ÉTRANGÈRES AU JOUR DE LEUR PREMIÈRE VISITE DANS UN CASO EN 2024 SELON LE GENRE**



Taux de réponse : 95,1% des personnes de nationalité étrangères reçues en 2024 (n=14 073/ 14 800).  
Lecture : 38,5% des femmes étrangères sont en France depuis moins de trois mois lors de leur première venue dans un Caso en 2024. Cette information est également disponible pour huit personnes transgenres : trois sont en France depuis une période allant de 6 à 11 mois, une entre 12 et 23 mois et quatre depuis plus de deux ans.

Parmi les personnes étrangères majeures dont la première visite a eu lieu en 2024, 62,1% sont en situation administrative irrégulière au regard du séjour lors de leur entretien d'accueil (taux de réponse de 76,1%), situation plus fréquente pour les hommes (65,4%, n=2 844/4 348) que pour les femmes (56,9%, n=1 542/2 712). On observe également que la situation administrative est liée à la durée de séjour en France (figure 4).

**FIGURE 4 - SITUATION ADMINISTRATIVE LORS DE L'ENTRETIEN D'ACCUEIL SELON LA DURÉE DE SÉJOUR EN FRANCE EN 2024**



Taux de réponse : 74,7% des personnes étrangères majeures dont la première visite a eu lieu en 2024 (n=6 935/ 9 284).  
Durée entre la date de dernière entrée en France et la date de première consultation ou entretien en 2024.  
(a) Sans titre de séjour ou sans autorisation de séjour en France; titre de séjour dans un autre pays européen et depuis plus de 3 mois en France  
Lecture : 79,6% des personnes étrangères majeures en France depuis 2 ans et plus sont en situation administrative irrégulière lors de leur entretien d'accueil en 2024.

Lors de leur entretien d'accueil en 2024, 32,5% des personnes étrangères hors Union européenne rencontrées ont indiqué avoir déposé ou tenté de déposer une demande d'asile (33,1% des hommes et 31,7% des femmes, taux de réponse : 77,6%).

Parmi ces demandeurs d'asile, 17,4% étaient en attente de rendez-vous en préfecture, 17,8% ont été placés en procédure Dublin III<sup>16</sup> et 39% avaient une demande en cours d'examen ou de réexamen (taux de réponse : 91,8%). Le statut de la demande d'asile est fortement lié à la durée de séjour en France (figure 5). Au moment de l'entretien d'accueil, une décision avait été prise pour un quart des demandes (25,9%, n=608), 83,6% avaient été refusées et 16,4% avaient été acceptées.

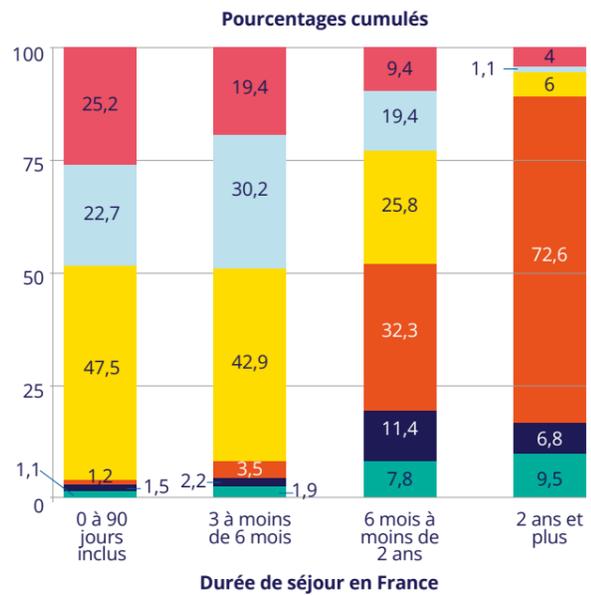
<sup>13</sup> 971 en provenance des pays de l'Union européenne, dont la France, et 1 192 hors Union européenne.

<sup>14</sup> Pour les neuf personnes transgenres, cinq sont originaires d'Océanie ou d'Amériques, deux d'Union européenne, une d'Afrique subsaharienne et une du Maghreb.

<sup>15</sup> En France depuis moins de trois mois. La durée de résidence est calculée à partir de la dernière date d'entrée en France. Par ailleurs, certaines personnes réalisent des allers-retours.

<sup>16</sup> Demande transférée à un autre État membre de l'Union européenne en référence au règlement Dublin III, règlement UE n° 604/2013 du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013 établissant les critères et mécanismes de détermination de l'État membre responsable de l'examen d'une demande de protection internationale introduite dans l'un des États membres par un ressortissant de pays tiers ou un apatride.

**FIGURE 5 - SITUATION DE LA DEMANDE D'ASILE PARI MI LES DEMANDEUR.EUSES D'ASILE LORS DE LEUR ENTRETIEN D'ACCUEIL EN 2024 EN FONCTION DE LA DURÉE DE SÉJOUR EN FRANCE**



**Situation de la demande d'asile**

- En attente de rendez-vous préfecture
- Demande refusée
- Placement en procédure Dublin
- Réexamen en cours
- Examen en cours
- Statut de réfugié(e) ou protection subsidiaire accordé

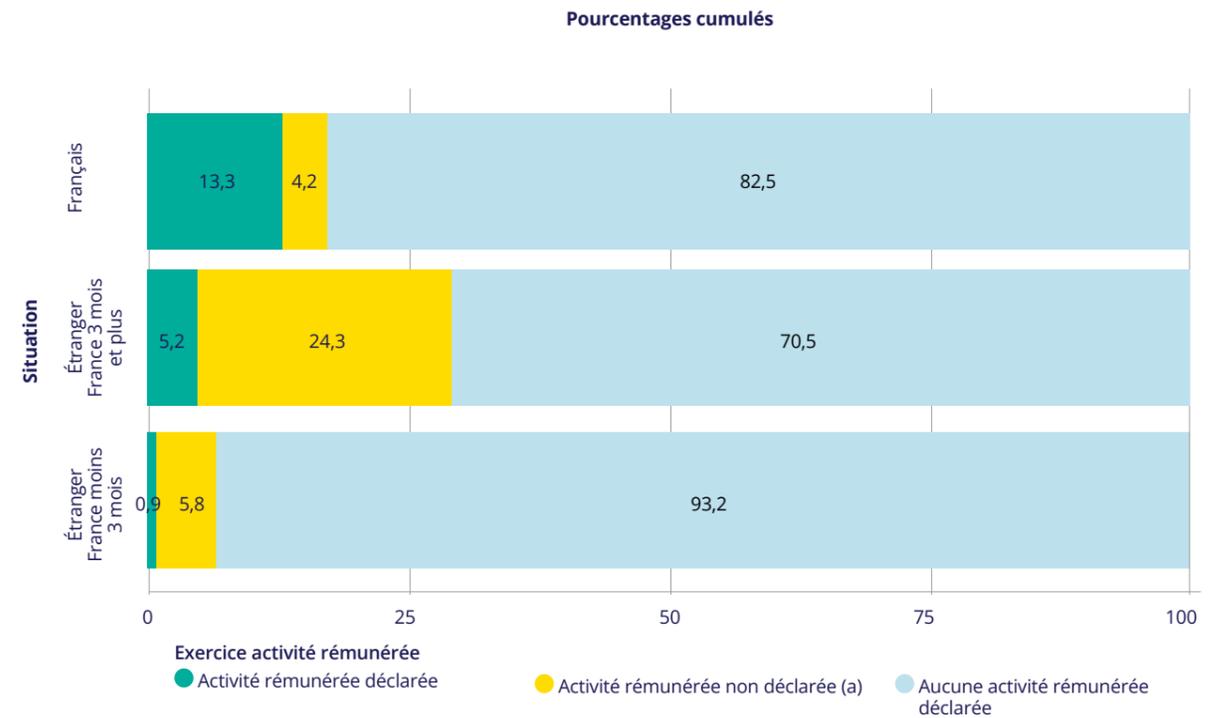
Taux de réponse : 90,1 % des personnes étrangères hors Union européenne ayant déposé ou essayé de déposer une demande d'asile et dont la première visite a eu lieu en 2024 (n=2 305/ 2 558).  
Durée entre la date de dernière entrée en France et la date de première consultation ou entretien en 2024.  
Lecture : 72,6 % des demandeurs d'asile en France depuis deux ans et plus et consultant pour la première fois dans un Caso en 2024 ont vu leur demande d'asile rejetée.

### ENVIRONNEMENT ÉCONOMIQUE

La précarité économique est prédominante parmi les personnes rencontrées. En matière de revenus, seules 19,2 % des personnes âgées de 16 ans et plus exercent une activité rémunérée en France (3,5 % déclarée et 15,6 % non déclarée, taux de réponse : 78,4 %), dont 24,4 % des hommes, contre seulement 10,5 % des femmes (figure 6).

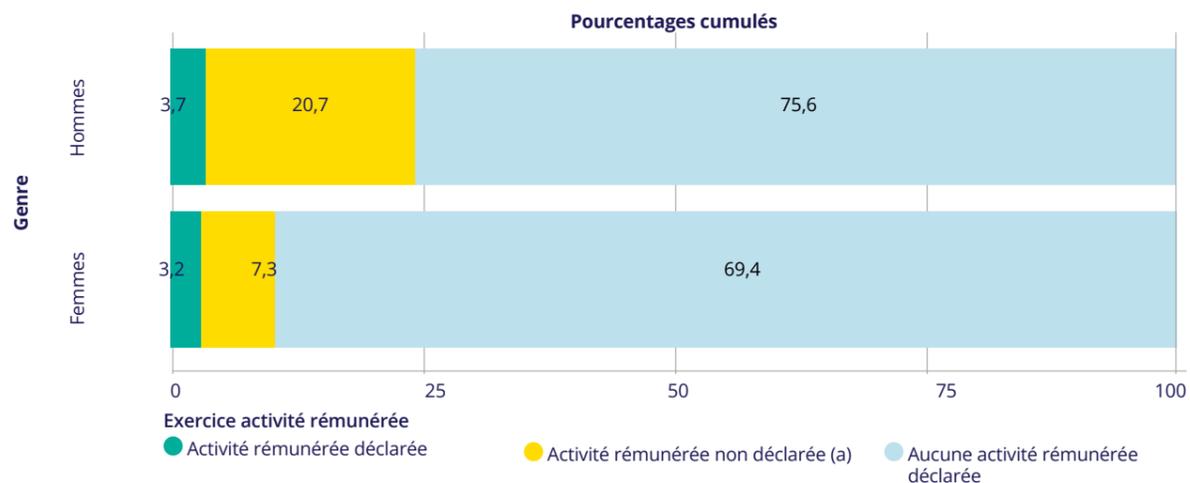
Ces taux variaient également en fonction de la nationalité et durée de séjour (figure 7), ainsi qu'en fonction de la situation administrative des personnes avec 23,2 % des personnes en situation administrative irrégulière au regard du séjour déclarant une activité rémunérée non déclarée contre 4,8 % des personnes en situation administrative régulière (taux de réponse : 65,9 %).

**FIGURE 7 - EXERCICE D'UNE ACTIVITÉ POUR GAGNER LEUR VIE EN FRANCE DES PERSONNES DE 16 ANS ET PLUS LORS DE LEUR ENTRETIEN D'ACCUEIL DANS UN CASO SELON LA NATIONALITÉ ET LA DURÉE DE SÉJOUR, 2024**



Taux de réponse : information disponible pour 77 % des personnes âgées de 16 ans et plus dont la première visite a eu lieu en 2024 (n=7 559/ 9 819).  
(a) Travail non déclaré, mendicité, etc.  
Lecture : Lors de leur entretien d'accueil, 70,5 % des personnes étrangères âgées de 16 ans et plus et présentes en France depuis 3 mois et plus ont déclaré n'avoir aucune activité pour gagner leur vie en France.

**FIGURE 6 - EXERCICE D'UNE ACTIVITÉ POUR GAGNER LEUR VIE EN FRANCE DES PERSONNES DE 16 ANS ET PLUS LORS DE LEUR ENTRETIEN D'ACCUEIL DANS UN CASO SELON LE GENRE, 2024**



Taux de réponse : information disponible pour 78,4 % des personnes âgées de 16 ans et plus dont la première visite a eu lieu en 2024 (n=7 702/ 9 819).  
(a) Travail non déclaré, mendicité, etc.  
Lecture : Lors de leur entretien d'accueil, 89,4 % des femmes âgées de 16 ans et plus ont déclaré n'avoir aucune activité pour gagner leur vie en France. Cette information était également disponible pour quatre personnes transgenres, trois déclaraient n'avoir aucune activité rémunérée et une déclarait une activité rémunérée non déclarée.

# DÉTERMINANTS INTERMÉDIAIRES DE SANTÉ

## 03

### DÉTERMINANTS INTERMÉDIAIRES DE SANTÉ

#### LES POINTS ESSENTIELS

- Près d'un quart des personnes sont à la rue ou vivent en hébergement d'urgence.
- Deux tiers des personnes ressentent leur situation d'habitat comme temporaire ou instable.
- 41,8 % des mères majeures vivent seules avec leur(s) enfant(s) mineur(s).
- 27,5 % des personnes accueillies pour la première fois en 2024 ne disposent d'aucune adresse postale qui leur permette de faire valoir leurs droits.
- 62,3 % des personnes accueillies pour la première fois en 2024 sont éligibles à une couverture maladie lors de leur entretien d'accueil. Parmi elles, seules 21,1 % ont effectivement leurs droits ouverts.
- 88,6 % des personnes éligibles à l'AME n'ont pas de droits ouverts, et 59,4 % pour les personnes éligibles à la PUMa.
- 14,4 % des personnes accueillies pour la première fois en 2024 déclarent avoir renoncé à des soins au cours des 12 mois précédents.
- Lors de leur première consultation médicale, 70,7 % des répondants n'ont jamais bénéficié d'un dépistage pour le VIH, ce taux est de 71,8 % pour l'hépatite B et de 74,4 % pour l'hépatite C.
- 87,3 % des femmes âgées de 15 à 49 ans et concernées par la contraception n'en utilisent pas.
- 80,7 % des femmes âgées de 25 à 65 ans n'ont jamais réalisé de dépistage du col de l'utérus ou ne savent pas si elles en ont déjà réalisé un.
- Un tiers des femmes enceintes présentent un retard de suivi de grossesse lors de leur consultation.

#### ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

Lors de leur entretien d'accueil en 2024, deux tiers des personnes sont hébergées (66,5%), principalement par de la famille ou des amis (54,2%), et seules 7,4% disposent d'un logement personnel. Les autres vivent dans des conditions de grande précarité, en squat ou bidonville pour 3,5% d'entre elles, ou à la rue ou en hébergement d'urgence pour 22,6% d'entre elles (tableau 2).

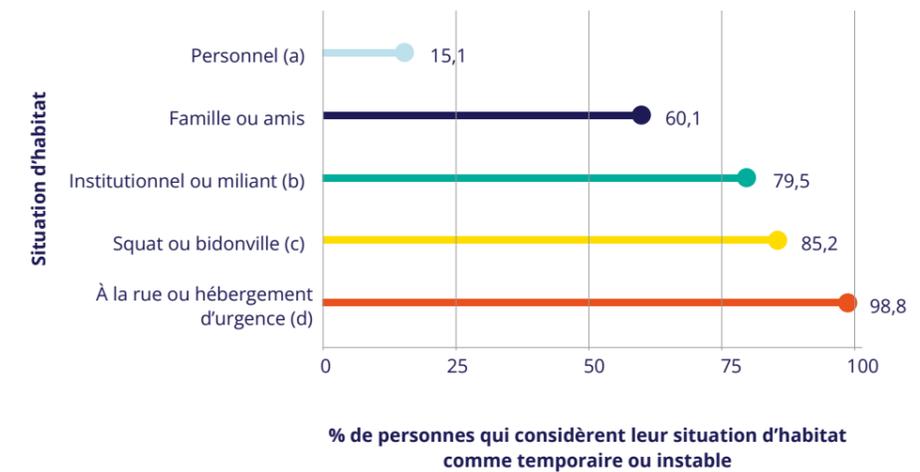
**TABLEAU 2 - SITUATION D'HABITAT DES PERSONNES REÇUES LORS DE LEUR ENTRETIEN D'ACCUEIL EN CASO, 2024**

	Ensemble		Femmes		Hommes	
	n	%	n	%	n	%
Logement personnel (dont caravane sur terrain légal)	646	7,4	354	10,6	292	5,4
Hébergement chez famille ou amis	4 747	54,2	1 847	55,2	2 898	53,7
Hébergement institutionnel ou militant	1 076	12,3	440	13,1	636	11,8
- Hébergé(e) par un organisme ou une association pour plus de 15 jours (hôtel, foyer, CADA...)	930	10,6	384	11,5	546	10,1
- Hébergé(e) par un réseau / collectif militant / hébergement solidaire	146	1,7	56	1,7	90	1,7
Squat ou bidonville	310	3,5	87	2,6	223	4,1
- Occupant un logement sans bail (sans contrat légal, squat)	205	2,3	51	1,5	154	2,9
- Occupant un terrain sans titre d'occupation (campement, bidonville...)	105	1,2	36	1,1	69	1,3
À la rue ou en hébergement d'urgence	1 973	22,6	620	18,5	1 351	25,0
- Personne à la rue	1 653	18,9	430	12,8	1 221	22,6
- Hébergement d'urgence pour une durée de 15 jours ou moins (115, accueil de nuit, Samu social, etc.)	320	3,7	190	5,7	130	2,4

Taux de réponse : 81,7 % des personnes dont la première visite a eu lieu en 2024 (n=8 752/ 10 711).  
 Lecture : lors de leur entretien d'accueil, 7,4 % des personnes rencontrées pour la première fois en 2024 vivent dans leur propre logement. Cette information est également disponible pour quatre personnes transgenres : deux hébergées chez de la famille ou des amis et deux à la rue.

**Plus des deux tiers des personnes accueillies considèrent leur situation d'habitat comme instable ou temporaire, cela concerne une large majorité des personnes qui ne bénéficient pas de logement personnel (figure 8).**

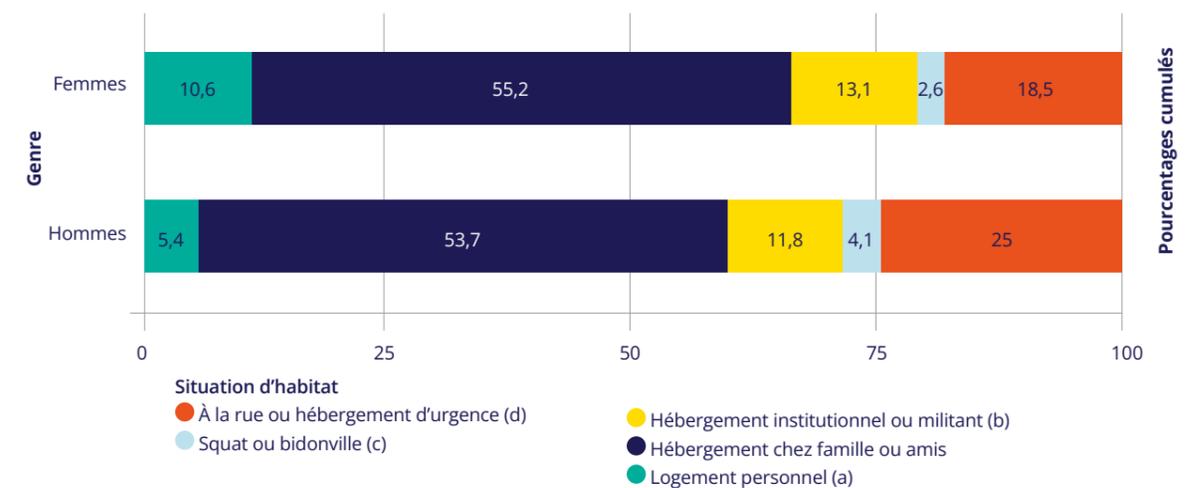
**FIGURE 8 - RESENTI VIS-À-VIS DE LA SITUATION D'HABITAT DES PERSONNES REÇUES LORS DE LEUR ENTRETIEN D'ACCUEIL, 2024**



Taux de réponse : 74,5 % des personnes dont la première visite a eu lieu en 2024 (n=7 983/ 10 711).  
 (a) Dont caravane sur terrain légal.  
 (b) Hébergement par un organisme ou une association pour une durée supérieure à 15 jours (hôtel, foyer, CADA, etc.) ; hébergement par un réseau ou collectif militant, hébergement solidaire.  
 (c) Occupant un logement sans bail (sans contrat légal, squat) ou un terrain sans titre d'occupation (campement illégal, bidonville, hangar, usine désaffectée ...).  
 (d) Sans domicile fixe (à la rue) ; hébergement d'urgence (115, accueil de nuit, samu social, etc.) pour une durée inférieure ou égale à 15 jours.  
 Lecture : 60,1 % des personnes hébergées chez de la famille ou des amis considèrent leur situation d'habitat comme temporaire ou instable.

Les femmes sont moins souvent à la rue ou en hébergement d'urgence par rapport aux hommes et, à l'inverse, disposent plus souvent d'un logement personnel (tableau 2, figure 9). Elles sont par ailleurs un peu moins nombreuses à considérer leur situation d'habitat comme instable : 61,3 %, contre 72,2 % des hommes.

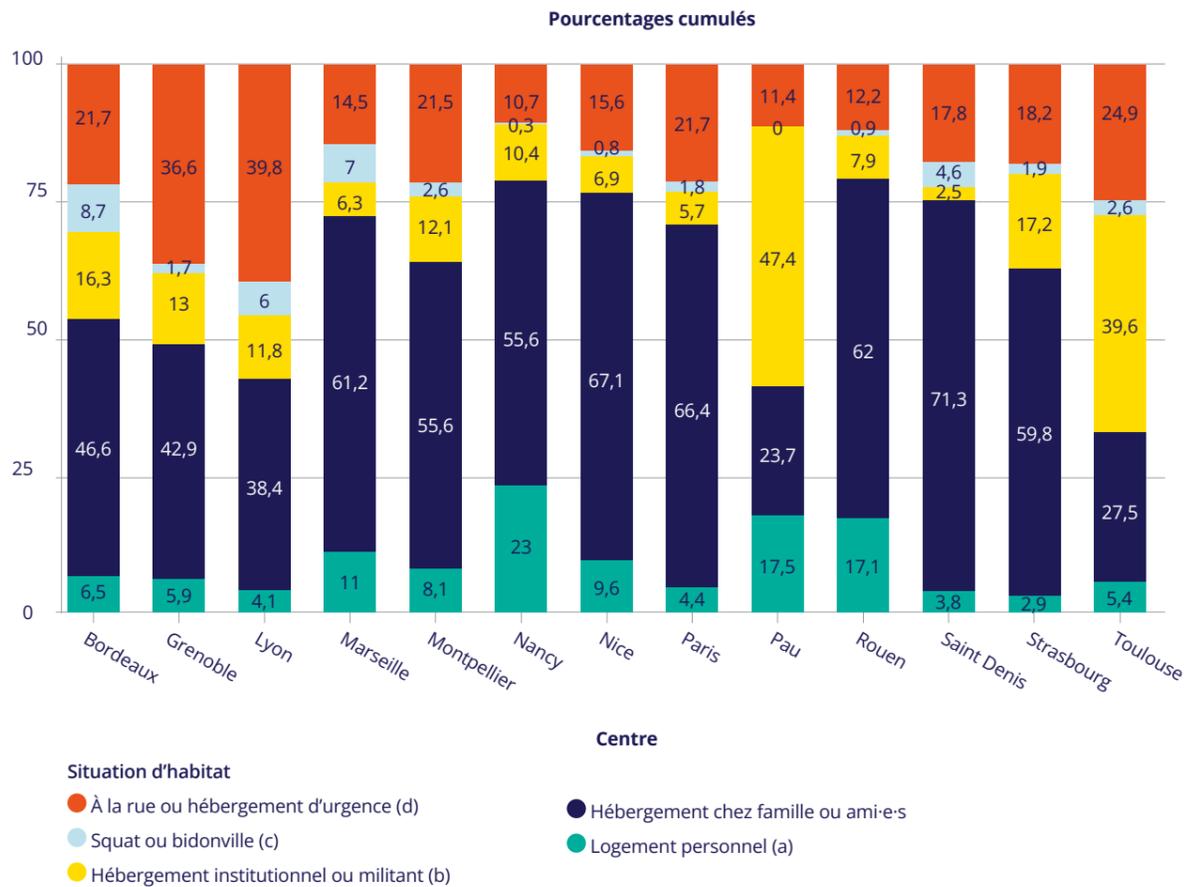
**FIGURE 9 - SITUATION D'HABITAT DES PERSONNES REÇUES LORS DE LEUR ENTRETIEN D'ACCUEIL SELON LE GENRE, 2024**



Taux de réponse : 81,7 % des personnes dont la première visite a eu lieu en 2024 (n=8 752/ 10 711).  
 (a) Dont caravane sur terrain légal.  
 (b) Hébergement par un organisme ou une association pour une durée supérieure à 15 jours (hôtel, foyer, CADA, etc.) ; hébergement par un réseau ou collectif militant, hébergement solidaire.  
 (c) Occupant un logement sans bail (sans contrat légal, squat) ou un terrain sans droit (campement illégal, bidonville, hangar, usine désaffectée ...).  
 (d) Sans domicile fixe (à la rue) ; hébergement d'urgence (115, accueil de nuit, Samu social, etc.) pour une durée inférieure ou égale à 15 jours.  
 Lecture : 10,6 % des femmes ayant consultées pour la première fois en 2024 disposent d'un logement personnel. Cette information est également disponible pour quatre personnes transgenres : deux étaient hébergées chez de la famille ou des amis et deux étaient à la rue.

La proportion de personnes accueillies dans un Caso vivant dans un logement personnel varie de 2,9% à Strasbourg à plus de 17,1% à Rouen (taux de réponse : 81,7%), (figure 10). De même, la proportion de personnes à la rue ou en hébergement d'urgence atteint 39,8% à Lyon contre 10,7% à Nancy (taux de réponse : 81,7%).

**FIGURE 10 - SITUATION D'HABITAT DES PERSONNES REÇUES LORS DE LEUR ENTRETIEN D'ACCUEIL SELON LE CASO, 2024**



Taux de réponse : 81,7% des personnes dont la première visite a eu lieu en 2024 (n=8 752/ 10 711).

(a) Dont caravane sur terrain légal.

(b) Hébergement par un organisme ou une association pour une durée supérieure à 15 jours (hôtel, foyer, CADA, etc.) ; hébergement par un réseau ou collectif militant, hébergement solidaire.

(c) Occupant un logement sans bail (sans contrat légal, squat) ou un terrain sans droit (campement illégal, bidonville, hangar, usine désaffectée ...).

(d) Sans domicile fixe (à la rue) ; hébergement d'urgence (115, accueil de nuit, samu social, etc.) pour une durée inférieure ou égale à 15 jours.

Lecture : 39,8% des personnes ayant consulté pour la première fois en 2024 au Caso de Lyon vivent à la rue ou en hébergement d'urgence.

## ENVIRONNEMENT SOCIAL

Un tiers des personnes majeures accueillies pour la première fois en 2024 sont parents d'au moins un enfant mineur (30,2%), dont 41,0% des femmes et 23,4% des hommes (taux de réponse : 82,0%). Cependant, **la moitié des parents ne vivent pas avec leur(s) enfant(s)** (49,3% et jusqu'à 65,2% pour les hommes) témoignant de ruptures familiales importantes, souvent liées à la migration (tableau 3).

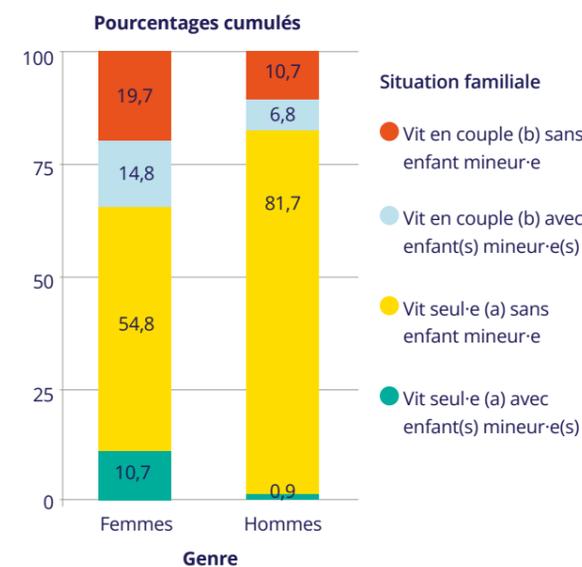
La vie en couple dépend fortement du genre des personnes reçues (figure 11).

**TABLEAU 3 - LIEU DE VIE DES ENFANTS MINEURS LORS DE L'ENTRETIEN D'ACCUEIL DE PERSONNES MAJEURES SELON LE GENRE, 2024**

	Ensemble		Hommes		Femmes	
	n	%	n	%	n	%
<b>Parmi les personnes ayant un ou plusieurs enfants mineurs</b>						
Vivent avec tous leurs enfants	946	43,1	315	30,3	631	54,5
Vivent avec une partie de leurs enfants	167	7,6	46	4,4	121	10,4
Ne vivent pas avec leurs enfants	1 084	49,3	677	65,2	406	35,1

Taux de réponse : 93,4% des personnes dont la première visite a eu lieu en 2024, âgées de 18 ans et plus et parents d'enfant(s) mineur(s) (n=2 197/ 2 353). Lecture : 35,1% des femmes accueillies pour la première fois en 2024 et déclarant avoir au moins un enfant mineur ne vivent pas avec leur(s) enfant(s) mineur(s).

**FIGURE 11 - SITUATION FAMILIALE DES PERSONNES MAJEURES LORS DE LEUR ENTRETIEN D'ACCUEIL, 2024.**



Taux de réponse : 79,8% des personnes dont la première visite a eu lieu en 2024, âgées de 18 ans et plus (n=7 584/ 9 499).

(a) Ne vit pas en couple.

(b) Mariage, pacs ou concubinage.

Seuls les enfants mineurs de la personne accueillie sont pris en compte.

Lecture : 10,7% des femmes accueillies pour la première fois en 2024 vivent seules avec leur(s) enfant(s) mineur(s).

Cette information est également disponible pour cinq personnes transgenres : toutes vivaient seules sans enfant mineur.

Parmi les personnes majeures reçues, 75,4% ne vivent pas en couple, avec une proportion plus élevée chez les hommes (81,8%) que chez les femmes (65,0%).

En revanche, **parmi les parents vivant avec leur(s) enfant(s) mineur(s), 41,8% des femmes ne vivent pas en couple**, contre seulement 11,4% des hommes.

## DÉTERMINANTS INDIVIDUELS ET EXPÉRIENCES

Les comportements individuels en santé regroupent l'ensemble des actions d'un individu qui peuvent avoir des conséquences favorables ou défavorables sur son état de santé. Ces comportements ne dépendent pas uniquement de choix personnels mais sont influencés par de nombreux autres déterminants : environnementaux, politiques, culturels, psychologiques, génétiques ou encore individuels.

### RENONCEMENT AUX SOINS

Le renoncement aux soins regroupe l'ensemble des situations médicales où une personne a renoncé ou abandonné des soins alors qu'elle en avait, selon elle, besoin. Les causes du renoncement peuvent être multiples : coût financier, accès à une couverture maladie, accessibilité et disponibilité des professionnels, complexité des démarches, expériences, choix personnel.

En 2024, **14,4% des personnes accueillies pour la première fois ont déclaré au cours de l'entretien d'accueil avoir renoncé à des soins** au cours des 12 derniers mois (taux de réponse : 51,5%), sans différence selon le genre.

### DÉPISTAGE VIH ET HÉPATITES VIRALES

La prévention vis-à-vis des maladies infectieuses peut être abordée lors des consultations de médecine générale et fait l'objet d'entretiens de prévention sur les enjeux de droits et santé sexuels et reproductifs (DSSR).

Lors de la première consultation de médecine générale dans un Caso, **la grande majorité des personnes - souvent éloignées des services de soins et de prévention - a déclaré ne jamais avoir bénéficié d'un dépistage pour le VIH : 70,7%** (taux de réponse 10,2%), **pour l'hépatite B : 71,8%** (taux de réponse 10,4%), **ou pour l'hépatite C : 74,4%** (taux de réponse 10,1%). Ces taux ne variaient pas selon le genre.

### COUVERTURE CONTRACEPTIVE DES FEMMES

Lors des consultations de médecine générale ou des entretiens de prévention DSSR, 804 femmes âgées de 15 à 49 ans et concernées par la contraception<sup>17</sup> ont échangé avec un intervenant de Médecins du Monde sur l'utilisation de moyens de contraception. Ainsi, **près de 9 femmes sur 10 (87,3 %) n'y avaient pas recours**, taux qui a peu évolué depuis 2016 (taux de réponse 34,4%). En comparaison, dans la population générale en France métropolitaine, seules 9,0 % des femmes âgées de 15 à 49 ans et concernées par la contraception indiquaient ne pas utiliser de contraception en 2023 (INSERM et al., 2024).

### PRÉVENTION DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Il existe des moyens efficaces pour prévenir le cancer du col de l'utérus : la vaccination contre le papillomavirus (HPV) recommandée en priorité chez les jeunes garçons et jeunes filles entre 11 et 14 ans, avec un rattrapage vaccinal jusqu'à 26 ans, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé ; le dépistage régulier permet de détecter la présence du virus et surveiller l'apparition et le développement éventuel de cellules précancéreuses ; le traitement des lésions précancéreuses pour éviter leur évolution vers un cancer du col de l'utérus

Lors des consultations de médecine générale ou des entretiens de prévention DSSR, 628 femmes âgées de 25 à 65 ans ont été interrogées sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, parmi elles, seules 19,3 % ont indiqué avoir déjà bénéficié d'un frottis cervico-vaginal ou d'un dépistage du virus HPV au cours de leur vie et 21,2 % ne savaient pas si elles en avaient déjà bénéficié (taux de réponse : 24,7 %). **Au total, 80,7 % des femmes de 25 à 65 ans reçues dans un Casu n'ont jamais réalisé de dépistage du cancer du col de l'utérus ou ne savent pas si elles en ont réalisé un.** En population générale, les femmes de cette tranche d'âge étaient en comparaison 59,5 % à avoir été dépistées sur la période 2020-2022 (Audiger et al., 2025) et seulement 7,3 % à déclarer n'avoir jamais réalisé un dépistage du cancer du col de l'utérus au cours de leur vie (Santé Publique France, 2023).

### ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX ET SUIVI DES FEMMES ENCEINTES

**Près de sept patientes sur 10 âgées de 15 ans et plus ont déclaré avoir déjà été enceintes au cours de leur vie** lors de leur première consultation en 2024 (70,7 %, taux de réponse 14,7 %).

En 2024, 150 femmes âgées de 11 à 49 ans étaient enceintes lors d'une consultation de médecine générale<sup>18</sup>. L'âge moyen de ces femmes enceintes était de 29,1 ans<sup>19</sup> (8,7 % avaient moins de 20 ans). Parmi elles, **33,3 % présentaient un retard de prise en charge avec une absence de suivi de grossesse après 12 semaines d'aménorrhée** (taux de réponse 50 %).

<sup>17</sup> Femmes non enceintes, non stériles ou ménopausées, ou ne désirant pas d'enfant actuellement. Dans le Baromètre santé 2016 de Santé Publique France, les femmes concernées doivent aussi avoir eu une relation sexuelle avec un homme au cours des 12 derniers mois (Santé Publique France, 2016).

<sup>18</sup> Elles représentaient 15,9 % des femmes âgées de 11 à 49 ans pour lesquelles l'information était disponible (taux de réponse 37,5 %).

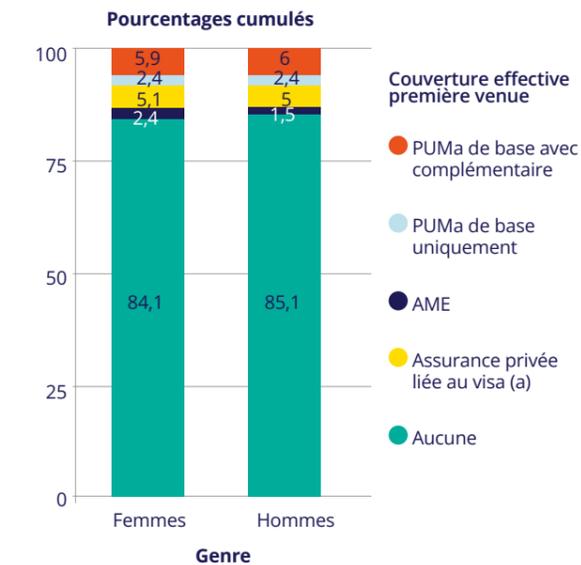
<sup>19</sup> L'âge moyen à la maternité en France est de 31,1 ans (INED, 2025).

## DÉTERMINANTS LIÉS A L'ACCÈS AU SYSTÈME DE SANTÉ

### L'ACCÈS A UNE COUVERTURE MALADIE

**En 2024, 84,7 % des personnes accueillies pour la première fois n'ont aucune couverture maladie lors de leur entretien d'accueil** (taux de réponse : 68,1 %). Elles sont 8,4 % à être couvertes par la Protection Universelle Maladie (PUMa), 5,1 % par l'Aide Médicale d'État (AME) et 1,9 % sont théoriquement couvertes par une assurance privée nécessaire à la délivrance du visa (figure 12). Ces faibles taux de couverture contrastent avec le fait que **62,3 % des personnes accueillies sont éligibles à une couverture maladie** (19,6 % à la PUMa et 42,7 % à l'AME), (figure 13). Les taux de couvertures varient selon les Casu, allant de 3,2 % des personnes bénéficiant de la PUMa ou de l'AME à Saint-Denis jusqu'à 34,2 % à Pau.

**FIGURE 12 - COUVERTURE EFFECTIVE DES PERSONNES ACCUEILLIES POUR LA PREMIÈRE FOIS EN 2024 LORS DE LEUR ENTRETIEN D'ACCUEIL SELON LE GENRE.**



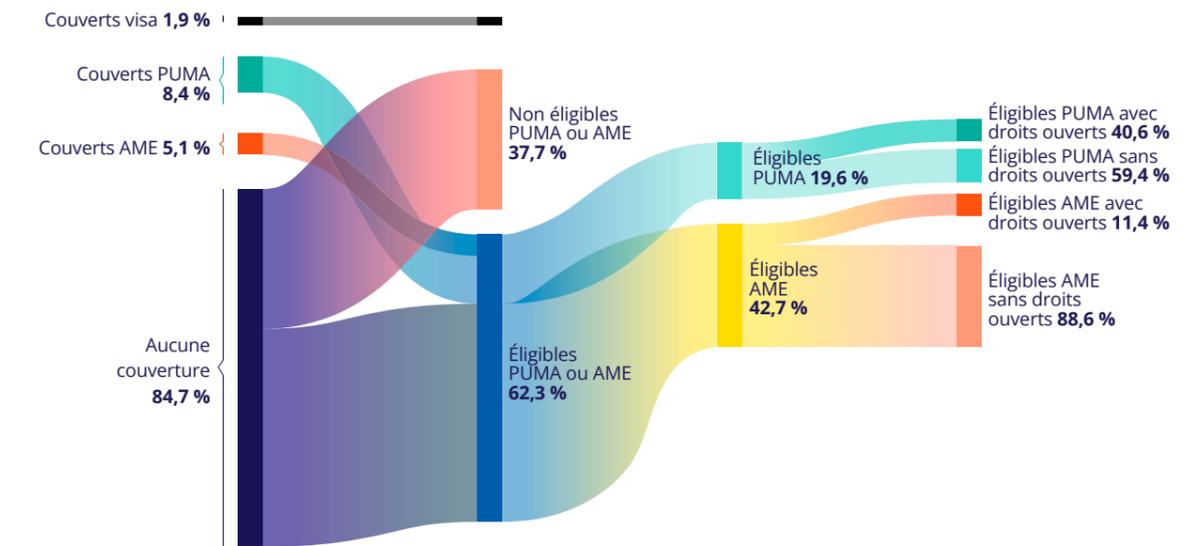
Taux de réponse : 68,1 % des personnes dont la première visite a eu lieu en 2024 (n=7 291/ 10 711).

(a) Les visas étant normalement délivrés avec une assurance privée, les soins devraient théoriquement être pris en charge par elle durant la validité du visa.

Aide à la lecture : lors de leur entretien d'accueil, 84,1 % des femmes venues pour la première fois en 2024 ne bénéficient d'aucune couverture maladie.

Cette information est également disponible pour quatre personnes transgenres : trois ne bénéficiaient d'aucune couverture maladie et une bénéficiait de la PUMa.

**FIGURE 13 - COUVERTURE MALADIE EFFECTIVE ET ÉLIGIBILITÉ AUX DIFFÉRENTES COUVERTURES POSSIBLES DES PERSONNES ACCUEILLIES POUR LA PREMIÈRE FOIS EN 2024 LORS DE LEUR ENTRETIEN D'ACCUEIL, 2024**

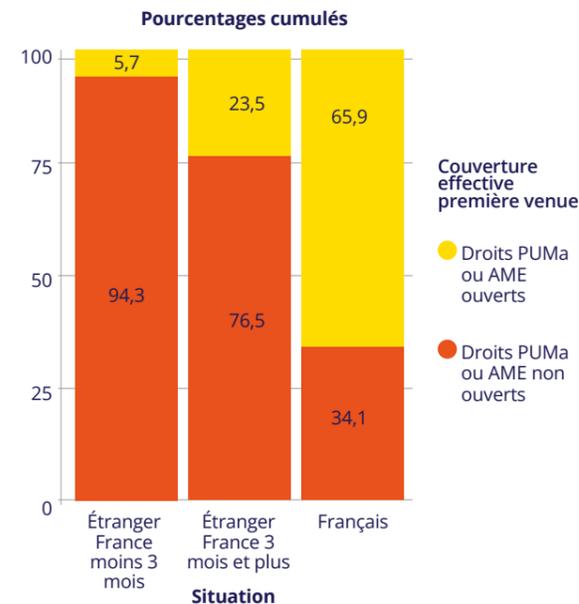


Taux de réponse couverture effective : 68,1 % ; taux de réponse éligibilité : 72,7 %.

Lecture : Parmi l'ensemble des personnes reçues pour la première fois en 2024, au jour de leur entretien d'accueil, 62,3 % étaient éligibles à une couverture maladie. Parmi elles, 42,7 % l'étaient à l'AME. Parmi les personnes éligibles à l'AME, 88,6 % n'avaient pas de droits ouverts.

**Le taux d'ouverture des droits est ainsi particulièrement faible puisque près de 4 personnes sur 5 (78,9 %) éligibles à une couverture maladie n'ont pas de droits ouverts. Seules 11,4 % des personnes éligibles à l'AME ont leurs droits ouverts et 40,6 % pour les personnes éligibles à la PUMa** (taux de réponse : 91,7 %). Ce taux d'ouverture variait selon la durée de séjour des personnes accueillies (figure 14).

**FIGURE 14 - TAUX D'OUVERTURE DES DROITS AUX COUVERTURES MALADIE DES PERSONNES ACCUEILLIES POUR LA PREMIÈRE FOIS EN 2024 LORS DE LEUR ENTRETIEN D'ACCUEIL, SELON LA NATIONALITÉ ET LA DURÉE DE SÉJOUR.**



Taux de réponse : 89,5 % des personnes éligibles à la PUMa ou à l'AME lors de leur entretien d'accueil en 2024 (n=4 340/ 4 847).

Lecture : 76,5 % des étrangers vivants en France depuis trois mois et plus et éligibles à la PUMa ou à l'AME n'avaient pas de droits ouverts lors de leur entretien d'accueil en 2024.

Les évolutions d'accès à la couverture maladie sont à mettre au regard des évolutions de la législation. Ainsi, la réforme de la couverture santé de 2019<sup>20</sup> et sa mise en place au 1<sup>er</sup> janvier 2020 se sont traduites par une baisse conséquente des personnes éligibles à une couverture maladie (de 71,8 % en 2019 à 62,3 % en 2024).

Dans une volonté de passerelle vers le droit commun, les personnes ayant des droits ouverts et ne présentant pas d'autres difficultés d'accès aux soins peuvent être orientées vers d'autres structures de soins lors de leur venue dans un Casu. Lorsque les personnes n'ont pas de droits ouverts ou sont en situation de non-recours aux soins, l'accompagnement des personnes par Médecins du Monde se justifie, notamment pour leurs démarches administratives et sociales.

### LES BARRIÈRES A L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX DROITS

Au-delà de l'éligibilité des personnes, l'accès à la couverture maladie nécessite d'avoir une adresse postale pour recevoir les courriers administratifs<sup>21</sup>. Cette adresse peut être une adresse personnelle ou une domiciliation administrative que l'on obtient en général dans un centre communal d'action sociale (CCAS) ou dans une association. Lors de leur entretien d'accueil, 27,5 % des personnes accueillies pour la première fois en 2024 ne disposent d'aucune adresse postale (22,5 % pour les femmes et 30,7 % pour les hommes, taux de réponse : 78,0 %). Elles sont 33,0 % à bénéficier

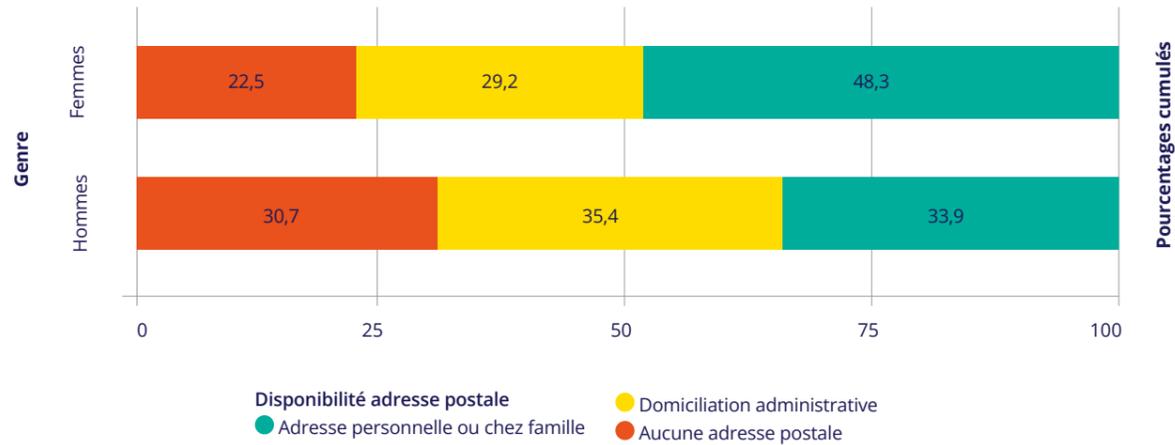
<sup>20</sup> Constituée des articles 264 et 265 de la Loi n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020, du Décret n° 2019-1468 du 26 décembre 2019 relatif aux conditions permettant de bénéficier du droit à la prise en charge des frais de santé pour les assurés qui cessent d'avoir une résidence régulière en France, du Décret n° 2019-1531 du 30 décembre 2019 relatif à la condition de résidence applicable aux demandeurs d'asile pour la prise en charge de leurs frais de santé, du Décret n° 2020-715 du 11 juin 2020 relatif à la consultation du traitement de données VISABIO et du Décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020 relatif à l'aide médicale de l'État et aux conditions permettant de bénéficier du droit à la prise en charge des frais de santé pour les assurés qui cessent d'avoir une résidence régulière en France

<sup>21</sup> Cf. le focus « Pour une protection maladie véritablement universelle page 46

d'une domiciliation administrative et 39,5 % à posséder une adresse, soit personnelle, soit chez des proches (figure 15). La disponibilité d'une adresse postale varie selon les Casos, depuis 11,1 % des personnes ne disposant d'aucune adresse postale à Pau, jusqu'à 41,9 % à Montpellier.

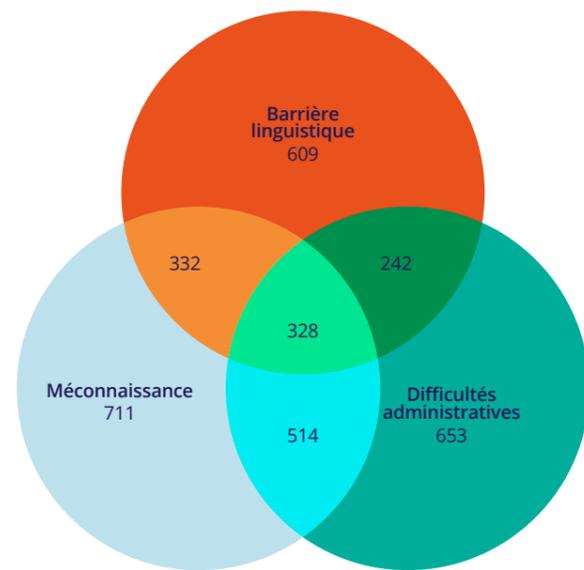
**De nombreux obstacles à l'accès aux soins sont mentionnés lors de l'entretien d'accueil au cours duquel 79,9 % des personnes accueillies pour la première fois en 2024 en indiquent au moins un** (tableau 4 et figure 16).

**FIGURE 15 - SITUATION DES PERSONNES VIS-À-VIS DE L'ADRESSE POSTALE LORS DE LEUR ENTRETIEN D'ACCUEIL, 2024**



Taux de réponse : 78,0 % des personnes dont la première visite a eu lieu en 2024 (n=8 353/ 10 711).  
 Aide à la lecture : lors de leur entretien d'accueil, 30,7 % des hommes venues pour la première fois en 2024 ne bénéficient d'aucune adresse postale. Cette information est également disponible pour cinq personnes transgenres : deux ne bénéficiaient d'aucune adresse postale, deux bénéficiaient d'une adresse postale personnelle ou chez de la famille ou des amis et une bénéficiait d'une domiciliation administrative.

**FIGURE 16 - RECOUPEMENT DES TROIS PRINCIPAUX OBSTACLES MENTIONNÉS AU COURS DE L'ENTRETIEN D'ACCUEIL, 2024**



Taux de réponse : 60,1 % des personnes dont la première visite a eu lieu en 2024 (n=6435/ 10 711).  
 Lecture : Parmi les 1 885 personnes accueillies pour la première fois en 2024 et qui ont évoqué leur méconnaissance des droits et des structures comme obstacle à l'accès aux droits et aux soins lors de leur entretien d'accueil, 328 ont également évoqué la barrière linguistique et des difficultés administratives comme autres obstacles.

**TABLEAU 4 - OBSTACLES À L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS MENTIONNÉS PAR LES PERSONNES LORS DE LEUR ENTRETIEN D'ACCUEIL, 2024.**

	Ensemble		Masculin	Féminin
	n	%	%	%
Aucun obstacle déclaré	2 056	32,0	33,0	30,2
Méconnaissance des droits et des structures (a)	1 885	29,3	29,3	29,3
Difficultés administratives (b)	1 737	27,0	27,4	26,4
Barrière linguistique	1 511	23,5	24,7	21,4
Aucun droit possible (c)	1 270	19,7	17,7	23,2
Difficultés financières (d)	1 055	16,4	15,8	17,3
Démarches en cours, mais délais d'instruction trop longs	229	3,6	3,3	4,0
Peur d'être dénoncé(e) et/ou arrêté(e)	124	1,9	2,2	1,5
Mauvaise expérience dans le système d'accès aux droits (e)	107	1,7	1,7	1,6
Éloignement des structures administratives ou de soins	74	1,1	1,3	0,9
Droits ouverts dans un autre pays européen	31	0,5	0,5	0,5
Autre	148	2,3	2,1	2,5

Taux de réponses : 60,1 % des personnes dont la première visite a eu lieu en 2024 (n=6 435/ 10 711).  
 Une personne peut mentionner plusieurs obstacles lors de l'entretien d'accueil.  
 (a) Soins, accès aux droits, médecin traitant.  
 (b) Manque pièces demandées, complexité, absence de preuve de présence en France, etc.  
 (c) Résidence inférieure à trois mois ou visa touriste ou ressources supérieures au plafond d'attribution AME, etc.  
 (d) Complémentaire trop chère, avance de frais, dépassement d'honoraires, soins non pris en charge, etc.  
 (e) Refus guichet, demande de pièces abusives, etc.  
 Lecture : Parmi les personnes accueillies pour la première fois en 2024, 18,4 % ont évoqué leur méconnaissance des droits et des structures comme obstacle à l'accès aux droits et aux soins lors de leur entretien d'accueil.

# ÉTAT DE SANTÉ

## 04 ÉTAT DE SANTÉ

### LES POINTS ESSENTIELS

- Près d'un quart des personnes sont à la rue ou vivent en hébergement d'urgence.
- En 2024, les patients ont le plus souvent présenté des pathologies liées aux systèmes digestif, ostéo-articulaire, respiratoire ou dermatologique.
- 56,8 % des patients ont été diagnostiqués pour au moins une pathologie chronique au cours de l'année
- 1,4 % des personnes dépistées au sein des Caso étaient séropositives pour le VIH
- 33,9 % des patients ont présenté un retard de recours aux soins. Ce retard est plus important chez les personnes à la rue ou en hébergement d'urgence et celles déclarant avoir renoncé aux soins.
- 38,8 % des consultations de médecine générale nécessitaient une prise en charge urgente ou assez urgente, selon l'avis des médecins

L'état de santé des personnes rencontrées dans les Caso est décrit notamment à travers les pathologies diagnostiquées lors des consultations médicales. Ces diagnostics sont documentés par la classification internationale des soins primaires (CISP-2) qui les répartit dans 17 chapitres par appareil anatomique (cf. méthodologie p. 114). **En 2024, 13 431 consultations de médecine générale<sup>22</sup> ont été réalisées pour 9 352 patient·e·s, avec en moyenne 1,4 consultation par patient·e. Parmi les 7746 patient·e·s dont un diagnostic a été enregistré<sup>23</sup>, près d'un tiers ont présenté au moins deux diagnostics différents au cours de l'année (31,0 %).**

**Les patient·e·s ont le plus souvent présenté des pathologies liées aux systèmes digestif, ostéo-articulaire, respiratoire ou dermatologique.** L'hypertension artérielle, les infections respiratoires supérieures, les affections des dents ou des gencives et le diabète faisaient partie des diagnostics les plus fréquents (tableau 5).

**Des troubles d'ordre psychologique ou psychiatrique ont été diagnostiqués chez 7,9 % des patients**, principalement des pathologies liées au stress ou à l'anxiété (4,8 % des patients). Ces troubles sont cependant probablement très sous-estimés en raison de la barrière linguistique et de leur possible expression sous forme d'autres pathologies, notamment digestives.

<sup>22</sup> En 2023, 14 594 consultations avaient été réalisées (diminution de 8,0 %).

<sup>23</sup> Au moins un diagnostic disponible pour 82,8 % des patients ayant bénéficié d'une consultation de médecine générale en 2024

**TABLEAU 5 - PRÉVALENCE DES PATHOLOGIES LORS DES CONSULTATIONS DE MÉDECINE GÉNÉRALE EN 2024 PAR APPAREIL ANATOMIQUE ET POUR LES PRINCIPAUX DIAGNOSTICS SUIVIS**

Chapitres de la CISP-2	Ensemble <sup>24</sup> (n=7 746)		Femmes (n=2 966)		Hommes (n=4 776)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Général et non spécifié</b>	895	11,6 %	338	11,4 %	557	11,7 %
<b>Digestif</b>	1721	22,2 %	627	21,1 %	1094	22,9 %
Dont affections des dents ou gencives (a)	421	5,4 %	104	3,5 %	317	6,6 %
<b>Ostéo-articulaire</b>	1496	19,3 %	478	16,1 %	1017	21,3 %
<b>Respiratoire</b>	1492	19,3 %	557	18,8 %	933	19,5 %
Dont infections respiratoires supérieures (b)	468	6,0 %	183	6,2 %	284	5,9 %
Dont infections respiratoires inférieures (c)	206	2,7 %	75	2,5 %	131	2,7 %
<b>Peau</b>	995	12,8 %	279	9,4 %	715	15,0 %
Dont parasitoses ou candidoses cutanées (d)	236	3,0 %	57	1,9 %	179	3,7 %
<b>Cardiovasculaire</b>	750	9,7 %	344	11,6 %	406	8,5 %
Dont hypertension artérielle (e)	520	6,7 %	268	9,0 %	252	5,3 %
<b>Psychologique</b>	615	7,9 %	202	6,8 %	412	8,6 %
Dont anxiété ou stress (f)	375	4,8 %	134	4,5 %	240	5,0 %
Dont dépression (g)	85	1,1 %	33	1,1 %	52	1,1 %
<b>Métabolisme, nutrition, endocrinien</b>	459	5,9 %	214	7,2 %	245	5,1 %
Dont diabète (h)	331	4,3 %	136	4,6 %	195	4,1 %
<b>Neurologique</b>	446	5,8 %	197	6,6 %	249	5,2 %
<b>Génital et sein</b>	415	5,4 %	308	10,4 %	107	2,2 %
<b>Œil</b>	335	4,3 %	114	3,8 %	221	4,6 %
<b>Urinaire</b>	239	3,1 %	113	3,8 %	126	2,6 %
<b>Oreille</b>	251	3,2 %	93	3,1 %	158	3,3 %
<b>Grossesse et planning familial</b>	224	2,9 %	223	7,5 %	1	0,0 %
<b>Hématopoïétique et immunologique</b>	107	1,4 %	58	2,0 %	49	1,0 %

Taux de réponse : 82,8 % des patient-es ayant bénéficié d'au moins une consultation de médecine générale en 2024 (n=7 746/ 9 352).  
Nombre et pourcentage de patient-e-s ayant présenté à au moins une reprise en 2024 un diagnostic associé au chapitre.

Les diagnostics portant sur des problèmes sociaux (chapitre 7 de la CISP) sont exclus.  
La catégorie « général et non spécifié » regroupe les symptômes, plaintes, diagnostics et motifs de consultation qui ne sont pas spécifiques à un appareil anatomique. Cette catégorie inclut, entre

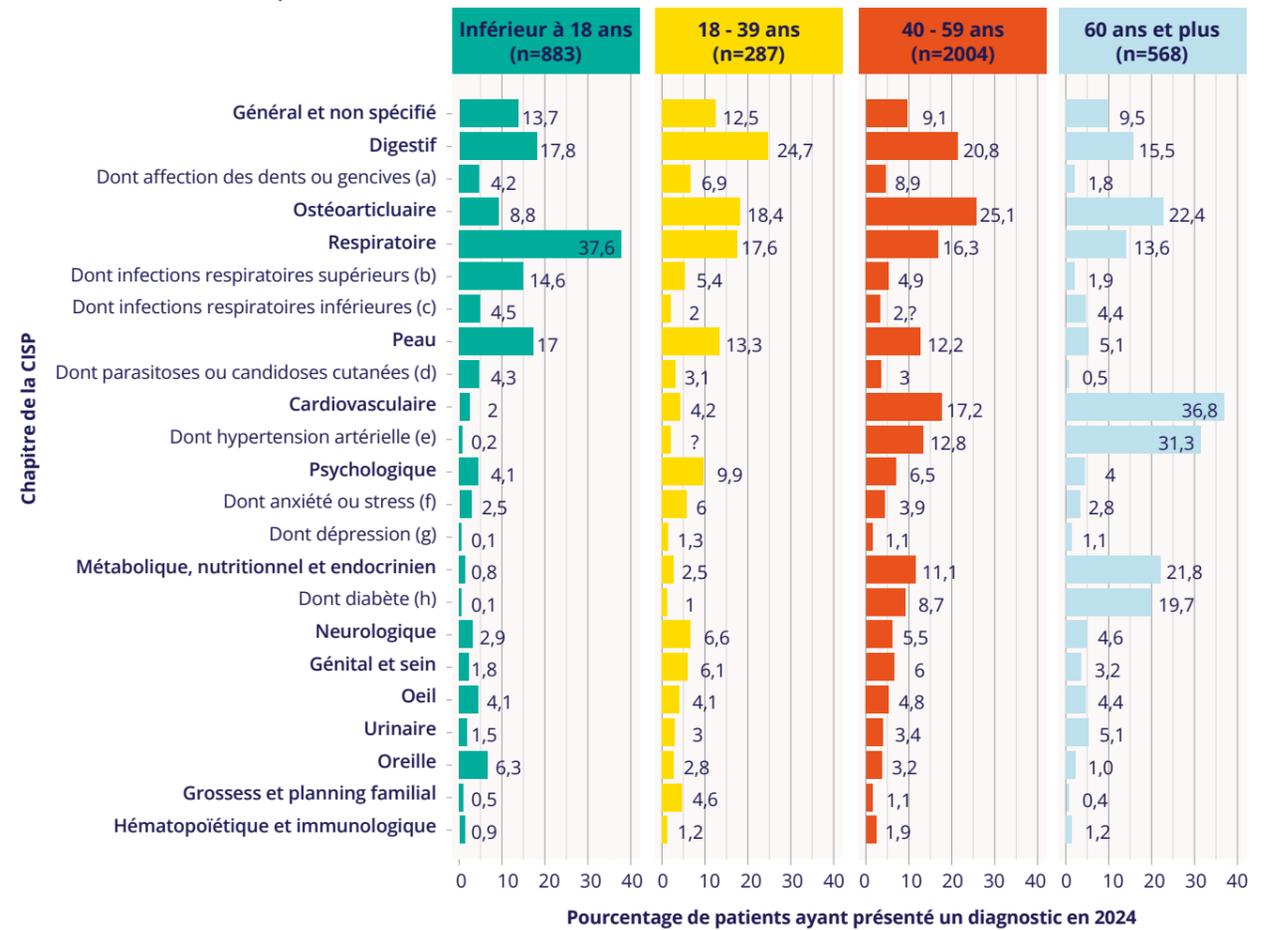
autres, les symptômes généraux, tels que la fatigue ou les douleurs généralisées ainsi que les infections générales (tel que tuberculose ou rougeole).  
Les diagnostics spécifiques présentés ont été sélectionnés par Médecins du Monde au regard de la pertinence de leur suivi vis-à-vis des profils de personnes reçues dans les Casos.  
(a) Regroupe maladies, symptômes ou plaintes liés aux dents ou gencives.  
(b) Dont trachéite, pharyngite, angine, sinusite ou laryngite aiguës.  
(c) Regroupe pneumopathie, bronchiolite et bronchite aiguë ou chronique.

(d) Dont gale, pédiculose ou dermatophytes.  
(e) Non compliquée ou avec complication.  
(f) Regroupe trouble anxieux ou état anxieux, sensation d'anxiété ou nervosité ou tension, syndrome de stress post-traumatique et réaction de stress aigu.  
(g) Regroupe dépression et sensation de dépression.  
(h) Non insulinodépendant ou insulinodépendant.  
Lecture : 22,2 % des patient-e-s vu-e-s en consultations de médecine générale ont présenté au moins un diagnostic lié au système digestif en 2024.

Les problèmes de santé présentés lors des consultations de médecine générale varient en fonction des caractéristiques sociodémographiques des patient-e-s avec davantage de troubles ostéo-articulaires et dermatologiques chez les hommes et davantage de pathologies cardiovasculaires chez les femmes, notamment d'hypertension artérielle (tableau 5).

Les mineur-e-s se démarquent par une surreprésentation des affections respiratoires (en particulier chez les 0-5 ans<sup>25</sup>), les 18-39 ans par plus de troubles digestifs et psychologiques, et les plus de 40 ans par plus de pathologies cardiovasculaires et métaboliques (figure 17).

**FIGURE 17 - PRÉVALENCE DES PATHOLOGIES LORS DES CONSULTATIONS DE MÉDECINE GÉNÉRALE EN 2024 PAR APPAREIL ANATOMIQUE ET POUR LES PRINCIPAUX DIAGNOSTICS SUIVIS SELON L'ÂGE**



Taux de réponse : 82,8 % des patients ayant bénéficié d'au moins une consultation de médecine générale en 2024 (n=7 742/ 9 352).  
Pourcentage de patients ayant présenté à au moins une reprise en 2024 un diagnostic associé au chapitre.  
Les diagnostics portant sur des problèmes sociaux (chapitre 7 de la CISP) sont exclus.  
(a) Regroupe maladie, symptôme ou plainte liée aux dents ou gencives.  
(b) Dont trachéite, pharyngite, angine, sinusite ou laryngite aiguës.  
(c) Regroupe pneumopathie, bronchiolite et bronchite aiguë ou chronique.

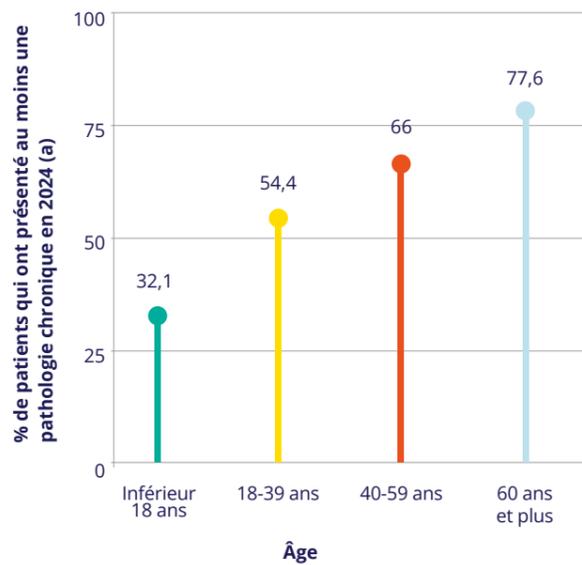
(d) Dont gale, pédiculose ou dermatophytes.  
(e) Non compliquée ou avec complication.  
(f) Regroupe trouble anxieux ou état anxieux, sensation d'anxiété ou nervosité ou tension, syndrome de stress post-traumatique et réaction de stress aigu.  
(g) Regroupe dépression et sensation de dépression.  
(h) Non insulinodépendant ou insulinodépendant.  
Lecture : 37,6 % des mineurs vus en consultations de médecine générale ont présenté au moins un diagnostic lié au système respiratoire en 2024.

<sup>25</sup> 52,2 % des enfants âgé-e-s de 0 à 5 ans vus en consultation de médecine générale dans les Casos ont présenté un diagnostic lié au système respiratoire (n=140).

<sup>24</sup> En plus des personnes de genre féminin et masculin, quatre personnes transgenres sont incluses.

Plus de la moitié des patient·e·s ont présenté au moins une pathologie définie comme chronique par le médecin au cours de l'année (56,8 %). Cette proportion est fortement liée à l'âge des patient·e·s (figure 18) et est similaire chez les femmes (55,9 %) et chez les hommes (57,3 %).

**FIGURE 18 - PROPORTION DE PATIENT·E·S PRÉSENTANT AU MOINS UN DIAGNOSTIC LIÉ À UNE PATHOLOGIE CHRONIQUE LORS DES CONSULTATIONS DE MÉDECINE GÉNÉRALE SELON L'ÂGE EN 2024**

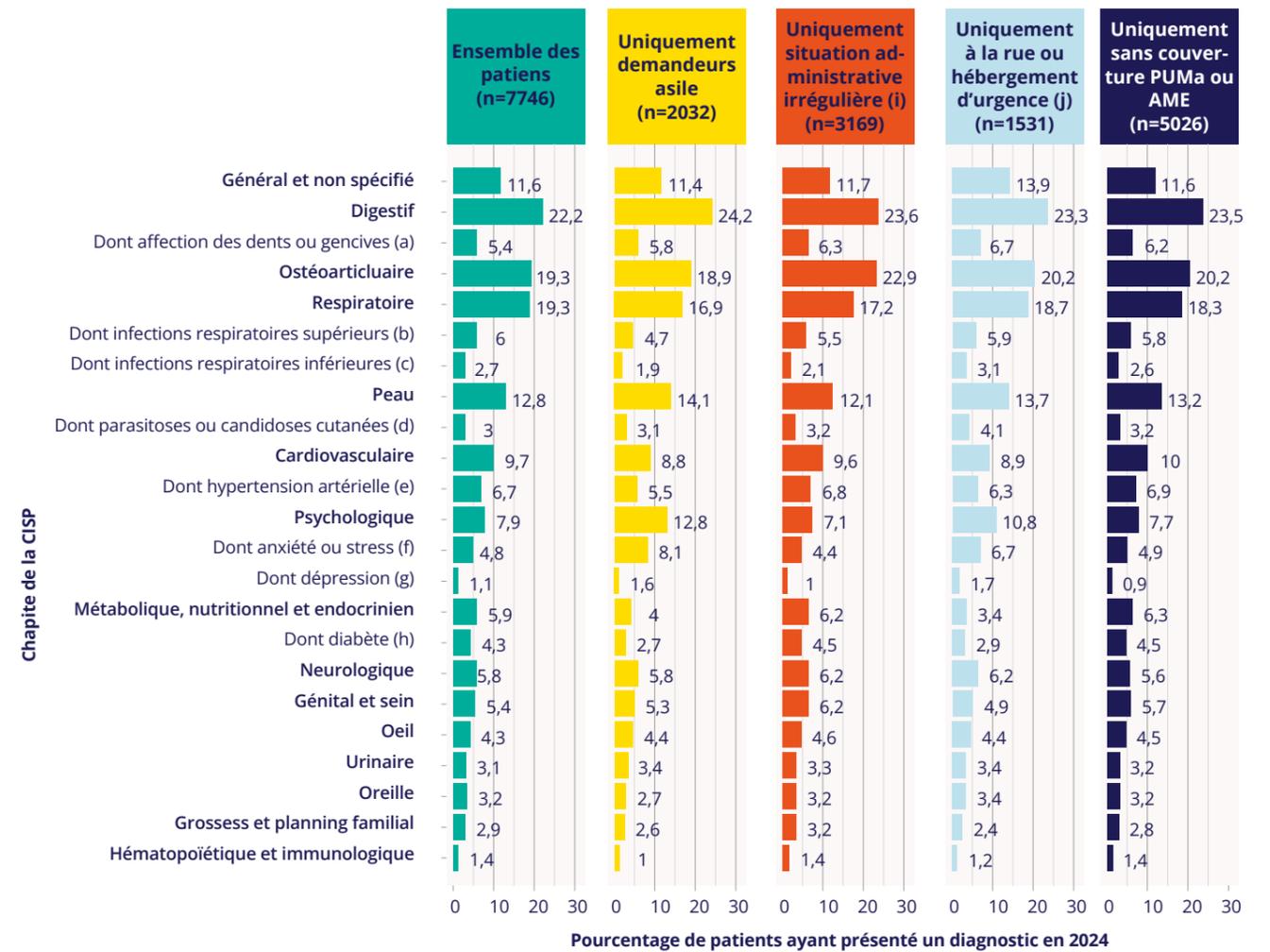


Taux de réponse : 44,1 % des patient·e·s ayant bénéficié d'au moins une consultation de médecine générale en 2024 (n= 4 127/ 9 352).  
 (a) Au moins un diagnostic associé à une pathologie considérée comme chronique par le médecin au cours d'une consultation de médecine générale en 2024.  
 (b) Pas de diagnostic associé à une pathologie chronique au cours des consultations de médecine générale en 2024.  
 Lecture : 77,6 % des patient·e·s âgé·e·s de 60 ans et plus vus en consultations de médecine générale ont présenté au moins une pathologie considérée comme chronique par le médecin en 2024.

### UN ÉTAT DE SANTÉ VARIABLE SELON LES DÉTERMINANTS LIÉS A LA PRÉCARITÉ

Des différences notables de diagnostics sont observées selon divers déterminants de santé dont l'effet se cumule, tels que la situation administrative au regard du séjour, la situation d'habitat ou la couverture maladie (figure 19). Les demandeurs d'asile ont ainsi présenté plus de troubles psychologiques, notamment liés à l'anxiété et au stress, tandis que les personnes en situation administrative irrégulière ont présenté plus de troubles ostéo-articulaires. Concernant la situation d'habitat, les individus vivant à la rue ou en hébergement d'urgence ont présenté plus souvent des troubles psychologiques ou des pathologies dermatologiques, telles que des parasitoses.

**FIGURE 19 - PART DE PATIENT·E·S PRÉSENTANT AU MOINS UN DIAGNOSTIC LIÉ AU CHAPITRE DE LA CISP EN 2024 SELON CERTAINS DÉTERMINANTS DE SANTÉ EN 2024**



Taux de réponse : 82,8 % des patients ayant au moins une consultation de médecine générale en 2024 (n=7746/9352), 84,6 % pour les demandeurs d'asile (n=2 032/2 401), 83,5 % pour les personnes en situation irrégulière au regard du séjour (n=3 169/3 793), 84,1 % pour les personnes à la rue ou en hébergement d'urgence (n=1 531/ 1 820). Pourcentage de patients ayant présenté à au moins une reprise en 2024 un diagnostic associé au chapitre.  
 Les diagnostics portant sur des problèmes sociaux (chapitre 7 de la CISP) sont exclus.  
 (a) Regroupe maladie, symptôme ou plainte liée aux dents ou gencives.  
 (b) Dont trachéite, pharyngite, angine, sinusite ou laryngite aigus.  
 (c) Regroupe pneumopathie, bronchiolite et bronchite aiguë ou chronique.  
 (d) Dont gale, pédiculose ou dermatophytes.

(e) Non compliquée ou avec complication.  
 (f) Regroupe trouble anxieux ou état anxieux, sensation d'anxiété ou nervosité ou tension, syndrome de stress post-traumatique et réaction de stress aigu.  
 (g) Regroupe dépression et sensation de dépression.  
 (h) Non insulino-dépendant ou insulino-dépendant.  
 (i) Sans titre de séjour ou sans autorisation de séjour en France; titre de séjour dans un autre pays européen et depuis plus de 3 mois en France.  
 (j) Sans domicile fixe (à la rue); hébergement d'urgence (115, accueil de nuit, samu social, etc.) pour une durée inférieure ou égale à 15 jours.  
 Lecture : 12,8 % des personnes ayant déposé une demande d'asile et vues en consultations de médecine générale ont présenté au moins un diagnostic lié à des troubles psychologiques en 2024.

La part de patient·e·s qui ont présenté au moins une pathologie définie comme chronique par le médecin au cours de l'année varie également en fonction de ces déterminants de santé, avec notamment plus de patient·e·s atteint·e·s de pathologie chronique en cas d'absence de couverture maladie (tableau 6).

**TABLEAU 6 - PATIENT·E·S REÇU·E·S EN CONSULTATIONS DE MÉDECINE GÉNÉRALE DANS UN CASO AVEC AU MOINS UNE PATHOLOGIE DÉFINIE COMME CHRONIQUE PAR LE MÉDECIN EN 2024, SELON CERTAINS DÉTERMINANTS DE SANTÉ**

	% patient·e·s avec au moins une pathologie définie comme chronique en 2024
<b>Ensemble des patient·e·s</b> (taux de réponse : 44,2 %)	56,8
<b>Droit effectif à la couverture maladie en France</b> (taux de réponse : 33,0 %)	
Pas de couverture PUMa ou AME	57,4
Couverture PUMa ou AME	52,8
<b>Situation d'habitat</b> (taux de réponse : 38,5 %)	
Logement personnel	48,9
Hébergement chez famille ou amis	60,1
Hébergement institutionnel ou militant	51,4
Squat ou bidonville	45,2
À la rue ou hébergement d'urgence	59,1
<b>Situation administrative au regard du séjour</b> (taux de réponse : 31,2 %)	
Situation régulière	59,9
Situation irrégulière	60,2
<b>Demande d'asile</b> (taux de réponse : 35,9 %)	
Pas de demande d'asile	58,5
Dépôt ou tentative de dépôt	57,2

Lecture : 57,4 % des patient·e·s ne bénéficiant pas de couverture maladie ont présenté en 2024 au moins un diagnostic associé à une pathologie considérée comme chronique par le médecin.

## LA PRÉVALENCE DU VIH ET DES HÉPATITES VIRALES

Des dépistages du VIH et des hépatites virales B et C peuvent être proposés lors des entretiens de prévention DSSR. En 2024, 511 personnes ont ainsi bénéficié d'un dépistage du VIH, parmi elles 7 ont eu un résultat positif (1,4 %, tous les résultats positifs étaient des hommes). Pour le virus de l'hépatite B, 525 personnes ont bénéficié d'un dépistage, parmi elles 14 étaient positives (2,7 %, dont 4 femmes et 10 hommes). Enfin, pour le virus de l'hépatite C, 526 personnes ont bénéficié d'un dépistage, parmi elles 11 étaient positives (2,1 %, 5 femmes et 6 hommes).

## LES RETARDS DE RECOURS AUX SOINS

Au cours de l'année, un tiers des patients ont présenté au moins une pathologie pour laquelle le médecin a jugé qu'elle aurait dû être traitée plus tôt (tableau 7). Ce taux de retard de recours aux soins était similaire pour les hommes et les femmes, plus faible pour les personnes mineures et plus élevé pour les patient·e·s ayant présenté au moins un diagnostic de pathologie chronique en 2024. Les patient·e·s ne bénéficiant pas d'une couverture maladie, ceux vivant à la rue ou en hébergement d'urgence, ceux en situation administrative irrégulière au regard du séjour, ou ayant déclaré avoir renoncé à des soins au cours des 12 mois précédant leur entretien d'accueil ont également été plus nombreux à présenter un retard de recours aux soins.

## URGENCES DE LA PRISE EN CHARGE

Un tiers des consultations de médecine générale étaient considérées par le médecin comme nécessitant une prise en charge assez urgente (33,6 %) et 5,2 % comme nécessitant une prise en charge urgente (taux de réponse : 48,6 %). Ces taux étaient similaires chez les hommes et les femmes, mais le caractère d'urgence augmentait avec l'âge des patient·e·s (jusqu'à 35,3 % de prises en charge assez urgentes et 8,2 % de prises en charge urgentes chez les patient·e·s de 60 ans et plus) et étaient plus faibles pour les patient·e·s bénéficiant de l'AME ou de la PUMa (32,8 % de consultations assez urgentes et 3,6 % urgentes).

Le retard de recours aux soins a un impact direct sur l'urgence de la prise en charge avec 41,5 % de consultations assez urgentes et 7,4 % urgentes chez les patient·e·s pour lesquels un retard de recours aux soins avait été observé au cours de l'année (contre 29,4 % de consultations assez urgentes et 3,5 % de consultations urgentes en l'absence de retard de recours aux soins, taux de réponses : 37,1 %).

**TABLEAU 7 - PATIENT·ES REÇU·ES EN CONSULTATIONS DE MÉDECINE GÉNÉRALE DANS LES CASO AVEC AU MOINS UN RETARD DE RECOURS AUX SOINS EN 2024, SELON CERTAINS DÉTERMINANTS DE SANTÉ**

	% patient·e·s avec retard de recours aux soins
<b>Ensemble des patient·e·s</b> (taux de réponse : 45,8 %)	33,0
<b>Genre</b> (taux de réponse : 45,8 %)	
Femmes	32,9
Hommes	34,5
<b>Âge</b> (taux de réponse : 45,7 %)	
< 18 ans	21,7
18-39 ans	35,9
40-59 ans	34,7
≥ 60 ans	35,6
<b>Diagnostic de pathologie chronique en 2024</b> (taux de réponse : 44,2 %)	
Pas de pathologie chronique	23,3
Pathologie chronique	40,6
<b>Droit effectif à la couverture maladie en France</b> (taux de réponse : 34,2 %)	
Couverture PUMa ou AME	26,9
Pas de couverture PUMa ou AME	34,9
<b>Situation d'habitat</b> (taux de réponse : 39,8 %)	
Logement personnel	27,5
Hébergement chez famille ou amis	35,5
Hébergement institutionnel ou militant	26,3
Squat ou bidonville	26,2
À la rue ou hébergement d'urgence	37,8
<b>Renoncement à des soins au cours des 12 mois précédents</b> (taux de réponse : 25,7 %)	
Pas de renoncement	33,2
Renoncement	42,9
<b>Situation administrative au regard du séjour</b> (taux de réponse : 32,3 %)	
Situation régulière	33,1
Situation irrégulière	37,2
<b>Demande d'asile</b> (taux de réponse : 35,9 %)	
Pas de demande d'asile	35,7
Dépôt ou tentative de dépôt	33,3

Lecture : En 2024, 34,5 % des patients de genre masculin ont présenté un retard de recours aux soins pour au moins une pathologie lors de leurs consultations de médecine générale selon l'avis du médecin.

FOCUS

**POUR UNE  
PROTECTION  
MALADIE  
VÉRITABLEMENT  
UNIVERSELLE**

# LA DOMICILIATION :

## UNE ADRESSE ADMINISTRATIVE INDISPENSABLE MAIS DIFFICILE À OBTENIR

# 01

## LA DOMICILIATION : UNE ADRESSE ADMINISTRATIVE INDISPENSABLE, MAIS DIFFICILE À OBTENIR

### LES POINTS ESSENTIELS

- La domiciliation administrative est un droit indispensable pour accéder aux droits sociaux, mais son effectivité reste largement conditionnée au lieu de résidence et à l'engagement des communes
- Des disparités importantes de couverture subsistent, avec des services de domiciliation absents ou saturés dans certaines communes, en particulier en zones rurales
- Des obstacles administratifs et des refus infondés freinent l'accès au droit, parfois renforcés par des pratiques discriminatoires à l'encontre de certains publics
- Les démarches sont souvent méconnues par les personnes concernées comme par les agent-e-s chargé-e-s de les instruire, faute de formation ou d'information suffisantes
- Le manque de moyens humains et logistiques des CCAS compromet leur capacité à remplir pleinement leur mission de domiciliation

La domiciliation est un droit essentiel qui permet à une personne sans domicile stable de disposer d'une adresse administrative pour faire valoir ses droits sociaux, et en particulier accéder aux dispositifs de protection maladie pour pouvoir se soigner. Pourtant, nos constats de terrain montrent un cumul de difficultés dans le parcours administratif jusqu'à la domiciliation. Appuyé sur trois enquêtes menées en 2024 et 2025, deux en Île-de-France et une dans le Médoc, ce chapitre met en lumière les limites structurelles et les obstacles qui entravent l'accès à la domiciliation des personnes sans domicile stable. Il montre comment l'absence de domiciliation compromet le suivi médical, et formule des recommandations visant à renforcer l'accès effectif à la domiciliation.

**La domiciliation est une procédure en France permettant aux personnes qui n'ont pas de domicile stable d'avoir accès gratuitement à une adresse administrative pour recevoir leur courrier.** Établie par la loi dite « Dalo » du 5 mars 2007, et renforcée par la loi pour l'Accès au logement et un urbanisme rénové (ALUR) du 24 mars 2014, elle est inscrite dans le Code de l'action sociale et des familles (articles L.264-1 et suivants). L'accès à une adresse postale est essentiel pour réaliser de nombreuses démarches auprès d'administrations (Assurance maladie, Allocations

familiales, Assurance retraite, France Travail, etc.), ainsi que pour exercer ses droits civils (adoption, mariage, signature d'un contrat, action en justice, etc.) et civiques (vote, éligibilité, adhésion à un parti politique, etc.). Elle permet aussi de se voir reconnaître comme administré-e par la commune et, de ce fait, permet d'accéder aux services de la ville. **C'est un prérequis indispensable pour accéder aux prestations d'Assurance maladie et d'assurance maternité, ainsi qu'à la complémentaire santé solidaire (C2S) ou à l'aide médicale de l'État (AME).**

Dans un contexte de dégradation globale de l'accès au logement, le nombre de personnes sans domicile stable est en augmentation en France : la Fondation pour le logement des défavorisés (anciennement Fondation Abbé Pierre) estime que plus d'un million de personnes sont privées de logement personnel, un nombre qui a doublé depuis dix ans (*Fondation Abbé Pierre, 2024*). **Les personnes concernées peuvent vivre dans la rue, dans un habitat de fortune (squat, bidonville...), être hébergées dans un hôtel, ou encore vivre « contraintes » en hébergement chez des tiers<sup>1</sup>. Ces situations d'instabilité rendent la domiciliation administrative indispensable pour accéder aux droits sociaux et aux soins. Pourtant, de nombreuses observations soulignent des inégalités d'accès à ce dispositif, fortement marquées selon les territoires.**

Afin de mieux documenter les difficultés d'accès à la domiciliation et leurs conséquences sur la santé, Médecins du Monde a mené, entre mars 2024 et janvier 2025, trois enquêtes - seule ou en interassociatif - auprès des services sociaux communaux ainsi que des personnes que nous accompagnons, en Île-de-France et dans la région du Médoc<sup>2</sup>. **Cette approche comparative, menée dans deux contextes contrastés - territoire urbain dense d'un côté, zone rurale faiblement peuplée de l'autre - révèle des obstacles similaires dans l'accès à la domiciliation : manque d'information, accessibilité limitée des services, pratiques restrictives d'instruction. Ces difficultés sont toutefois exacerbées en milieu rural, du fait de ressources humaines plus limitées et de l'absence d'interlocuteur-riche-s dédié-e-s.** La première partie du chapitre met en lumière les limites structurelles du dispositif, en particulier les disparités marquées entre territoires. Les deux parties suivantes mettent en évidence un enchaînement d'obstacles pour les personnes sans domicile stable, à chaque étape du parcours administratif. Le manque d'accès à l'information, en ligne ou par téléphone, ainsi que la disparité d'organisation des services de domiciliation constituent une première série d'obstacles. S'y ajoutent des pratiques restrictives de certains CCAS dans l'appréciation des critères d'accès, parfois en contradiction avec le cadre légal. Nous formulons en conclusion plusieurs recommandations concrètes pour lever ces difficultés et garantir un accès effectif et équitable à un service public de domiciliation.

## UNE DISPARITÉ TERRITORIALE DANS L'ACCÈS À LA DOMICILIATION

La domiciliation administrative est une mission de service public qui relève de la compétence des centres communaux d'action sociale (CCAS) ou centres intercommunaux d'action sociale (CIAS), ou des communes en l'absence de CCAS<sup>3</sup>. Il s'agit d'une compétence obligatoire : ces administrations ne peuvent refuser l'élection de domicile des personnes sans hébergement stable qui en font la demande, sauf si ces dernières ne présentent aucun lien avec la commune (*Ministère du travail de la santé et des solidarités, 2024*). Certains organismes agréés par le

### DIFFICULTÉS D'ACCÈS À LA DOMICILIATION EN MILIEU RURAL : UNE ENQUÊTE INÉDITE DANS LE MÉDOC

Depuis 2023, Médecins du Monde intervient auprès des travailleur-euse-s précarisé-e-s dans le Médoc (département de Gironde, Nouvelle-Aquitaine). Le projet s'adresse tout particulièrement aux saisonnier-ère-s victicol-e-s, dans cette région où domine l'économie du vin. Les travailleur-euses saisonnier-ère-s en situation de précarité résident souvent dans des lieux de vie informels : campings, terrains vagues, voitures, camping-cars, squats ou bidonvilles. Nos équipes constatent qu'une grande partie de ces personnes ne disposent pas d'adresse administrative, ne bénéficient d'aucun accompagnement social, et ignorent vers qui se tourner pour engager des démarches administratives. Dans ce territoire rural, peu de communes disposent d'un CCAS ou d'agent-e-s communaux-les dédié-e-s à la mission de domiciliation, et nos équipes constatent de nombreux refus de domiciliation. Afin de documenter la situation, une enquête a été réalisée entre février et mars 2025 auprès de l'ensemble des 51 mairies du territoire par des enquêteur-riche-s de Médecins du Monde. Sur le modèle de l'enquête inter associative réalisée en Île-de-France<sup>28</sup>, la démarche repose sur la combinaison de deux méthodes :

- un recueil d'information préalable, en ligne sur le site des mairies, pour vérifier la mention de l'existence d'un service de domiciliation et la qualité des informations délivrées ;
- une collecte de données via un questionnaire administré par téléphone aux standards des mairies pour recueillir les modalités de dépôt des demandes et tester les critères d'éligibilité à la domiciliation, au regard de la domiciliation (42 réponses).

Il faut souligner que le dispositif d'enquête sur une base déclarative par téléphone conduit à minorer les difficultés : les déclarations des CCAS ne sont pas toujours en phase avec la réalité de leurs pratiques constatées sur le terrain.

préfet de département peuvent également être habilités à assurer une mission de domiciliation administrative, telles que les associations contre l'exclusion ou pour l'accès aux soins, les services sociaux départementaux ou les établissements de santé. Alors que ces organisations devraient occuper une place subsidiaire dans la prise en charge de la domiciliation, elles représentent jusqu'à 75 % de l'activité de domiciliation en Île-de-France (*DRIHL, 2023*). Leur part d'activité augmente au détriment de celle des CCAS/CIAS : fin 2016, les CCAS assuraient 32 % de l'activité régionale, fin 2019 ils assuraient 28 %.

**L'accès effectif à la domiciliation est loin d'être assuré pour les publics les plus vulnérables accueillis dans nos centres ou rencontrés durant nos actions. En 2024, lors de leur entretien d'accueil, 27,5 % des personnes déclarent ne pas disposer d'adresse postale.** Elles sont ensuite 39,5 % à déclarer posséder une adresse personnelle ou chez un proche et 33 % à disposer d'une domiciliation administrative<sup>5</sup>. Parmi celles-ci près de 64,8 % avaient une domiciliation administrative dans une association, et 20,3 % dans un CCAS.

L'absence encore fréquente de service de domiciliation dans certaines communes, ou l'insuffisance de dispositifs de communication pour informer les usager-ère-s de l'existence de ce droit et des démarches administratives à réaliser pour faire une demande de domiciliation constituent une première série d'obstacles pour les personnes sans domicile stable. **On observe une répartition très inégale de l'activité de domiciliation entre départements d'une même région.** En Île-de-France, par exemple, plus de 45 % de cette activité (réalisée par les CCAS et organisme agréés) est concentrée à Paris (*Drihl Île-de-France, 2025*). On retrouve également cette **asymétrie entre les communes d'un même département**, les plus petites renvoient souvent les usager-ère-s vers la plus grande ville la plus proche, parfois située à plusieurs dizaines de kilomètres, sans transports en commun adaptés pour s'y rendre. C'est une situation que l'on observe par exemple dans la région rurale du Médoc où un agent communal d'une petite commune (1 244 habitant-e-s) déclare : « *Ça va être compliqué [de recevoir la demande de domiciliation d'une personne], mieux vaut l'orienter vers de plus grandes communes.* » C'est également le cas dans le département des Alpes-Maritimes, entre Nice et les communes voisines côtières, conduisant le CCAS de la ville à justifier l'application de critères d'instruction des dossiers restrictifs face au grand nombre de demandes. Ce renvoi vers des services communaux éloignés du lieu de vie contraint **les personnes concernées à surmonter d'importantes difficultés de mobilité et de transport.** Il les expose également à un **risque accru de refus de domiciliation**, dans la mesure où ces communes ne peuvent établir de lieu d'attachement suffisant avec les demandeur-euse-s - **une condition pourtant centrale dans l'esprit de la loi.**

Outre ces disparités de couverture territoriale, nos constats de terrain mettent également en évidence une deuxième série d'obstacles liés aux pratiques d'instruction des demandes. **Des délais anormalement longs d'accès à un rendez-vous pour déposer sa demande** retardent l'ouverture de droits, et conduisent parfois les usager-ère-s à y renoncer. On constate également **un nombre encore**

### UNE ENQUÊTE INTERASSOCIATIVE POUR DOCUMENTER LES DIFFICULTÉS D'ACCÈS À LA DOMICILIATION AUPRÈS DES CCAS D'ÎLE-DE-FRANCE

Le collectif Domiciliation Île-de-France réunit depuis 2018 plusieurs associations et fédérations d'associations impliquées auprès des personnes en situation d'exclusion sociale : CNDH Romeurope, Dom'Asile, la Fédération des acteurs de la solidarité Île-de-France, Médecins du Monde, Secours Catholique-Caritas France et Solidarité Jean Merlin. Face au constat de difficultés persistantes d'accès à la domiciliation, le collectif a publié un rapport en février 2025 (*CNDH Romeurope et al., 2025*). Il présente les résultats d'une enquête réalisée au mois d'avril 2024 auprès des CCAS des plus grandes villes des huit départements franciliens (106 CCAS au total), par des enquêteur-riche-s bénévoles et salarié-e-s. La démarche repose sur la combinaison de deux méthodes : un recueil d'information préalable, en ligne sur le site des CCAS, pour vérifier la mention de l'existence d'un service de domiciliation et la qualité des informations délivrées ; une collecte de données via un questionnaire administré par téléphone aux standards des CCAS pour recueillir les modalités de dépôt des demandes et tester les critères d'éligibilité à la domiciliation (96 réponses obtenues, parmi les 106 communes ciblées, 10 CCAS ayant délégué leur mission à un organisme agréé). Afin d'enrichir l'analyse et de confronter les réponses recueillies aux réalités de terrain, des témoignages de personnes accompagnées par les associations ont également été recueillis. Ils illustrent concrètement l'impact des difficultés d'accès à la domiciliation sur l'ouverture effective des droits.

**trop élevé de refus infondés d'instruction des demandes par les services sociaux communaux**, alors même que ces pratiques contreviennent aux obligations légales en matière de domiciliation. Ils sont parfois liés à un **manque de formation des agent-e-s** en charge de l'instruction des demandes, et peuvent aussi relever de pratiques discriminatoires spécifiques à l'encontre de certains publics. C'est, par exemple, le cas des personnes victimes d'antitsiganisme - appartenant aux communautés roms, aux gens de voyages, ou perçues comme telles -, qui se voient régulièrement opposer des refus en contradiction avec la législation, comme de nombreuses études en attestent (*Balibar, 2011 ; Olivera, 2011 ; Gagnon, 2018 ; Défenseur des droits, 2021*).

Enfin, selon des études récentes et nos observations sur le terrain, les obstacles à la domiciliation sont **également liés aux moyens humains et financiers dont disposent les CCAS** pour accomplir leur mission concernant la domiciliation administrative. D'après l'enquête menée par l'Union nationale des CCAS (UNCCAS) en 2023, les CCAS font souvent face à un manque de personnel pour gérer les demandes de domiciliation, entraînant une surcharge de travail pour les agent-e-s. Ceux-ci expriment également le besoin de formations spécifiques pour mieux gérer les situations complexes

1 Pour les données des Caso, voir supra le baromètre page 22

2 Cf. encarts « Une enquête interassociative pour documenter les difficultés d'accès à la domiciliation auprès des CCAS d'Île-de-France » p. 55 ; « Difficultés d'accès à la domiciliation en milieu rural : une enquête inédite dans le Médoc » p. 54 ; « Une étude qualitative menée auprès des habitant-es d'un bidonville dans la commune de Stains (département de Seine-Saint-Denis, Île-de-France) » p. 56.

3 Cf. encart « Une enquête interassociative pour documenter les difficultés d'accès à la domiciliation auprès des CCAS d'Île-de-France » p. 55

4 La création d'un CCAS est obligatoire uniquement dans les communes de 1 500 habitants et plus

5 Cf. supra baromètre « Déterminants liés à l'accès au système de santé », p. 38

liées à la domiciliation. En termes de moyens logistiques et financiers, l'enquête met en évidence l'inadéquation de certaines infrastructures pour exercer la domiciliation administrative ainsi que des contraintes budgétaires empêchant leur amélioration (UNCCAS, 2023).

**Ces fortes disparités territoriales témoignent d'une mise en œuvre hétérogène du droit à la domiciliation, largement conditionnée par les dynamiques locales, tant en termes de ressources disponibles que d'engagement des communes. Elles s'accompagnent souvent d'un accès difficile à l'information et d'un manque de lisibilité des procédures, qui constituent une barrière supplémentaire pour les personnes sans domicile stable.**

## DES OBSTACLES D'ACCÈS À L'INFORMATION ET AUX GUICHETS DES CCAS OU DES MAIRIES

L'accès à la domiciliation est un parcours d'obstacles pour les personnes sans domicile stable. Le manque d'informations en ligne sur la procédure et les démarches administratives pour ouvrir ses droits constitue un premier frein, auquel s'ajoutent des difficultés à joindre les services, des modalités d'accueil peu harmonisées selon les CCAS, des contraintes d'accès qui freinent l'accueil physique au guichet, et des difficultés de communication liées au manque de moyens dédiés à la traduction et l'interprétariat.

### EN LIGNE : UN MANQUE D'INFORMATIONS

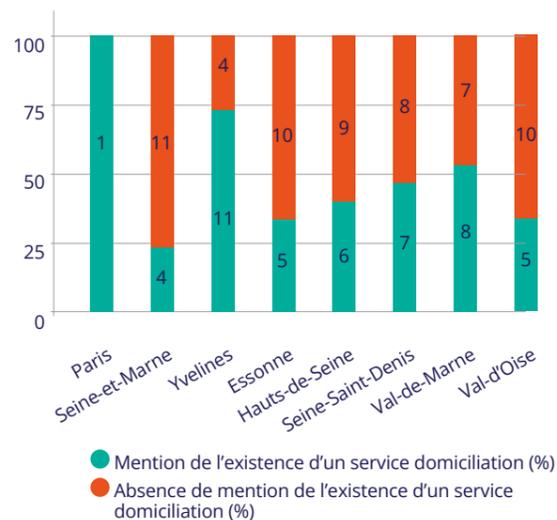
**La méconnaissance de leurs droits et des organisations auxquelles s'adresser pour leur obtention** est fréquemment mise en avant par les usager·ère·s accueilli·e·s dans nos centres comme un motif pour expliquer les difficultés rencontrées dans leurs parcours administratifs (près d'un tiers des personnes reçues dans les Caso en 2024)<sup>6</sup>. Cette méconnaissance est due à **l'insuffisance des dispositifs et des canaux d'informations mis à disposition par les structures administratives** : s'il existe des sources d'informations en ligne en matière de domiciliation, notamment à l'initiative de la Direction générale de la cohésion sociale (Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles, 2022), celles-ci sont insuffisamment relayées par les CCAS et les mairies qui sont chargés de mettre en œuvre ce droit.

Nos enquêtes ont permis de mettre en évidence cette insuffisance, à travers le recueil des informations disponibles en ligne sur les sites internet des CCAS ou des mairies des communes. En Ile-de-France, seulement 44% des CCAS ciblés mentionnent l'existence d'un service de domiciliation sur leur site internet, soit 47 CCAS sur 106. Les résultats sont variables d'un département à l'autre (figure 1) : en Seine-et-Marne, seulement quatre CCAS sur 15 en font mention sur leur site, contre 11 CCAS sur 15 dans les Yvelines. Dans le Médoc, l'insuffisance de l'information est encore plus manifeste : seulement trois mairies ou CCAS sur 51 communes font mention de l'existence d'un service de domiciliation sur leur site Internet. Le manque de moyens des petites communes en milieu rural pèse lourdement sur la mise à disposition et la diffusion de l'information.

## UNE ÉTUDE QUALITATIVE MENÉE AUPRÈS DES HABITANT·E·S D'UN BIDONVILLE DANS LA COMMUNE DE STAINS (DÉPARTEMENT DE SEINE-SAINT-DENIS, ÎLE-DE-FRANCE)

Depuis plusieurs années, la Mission Banlieue de Médecins du Monde agit auprès des personnes précarisées du département de Seine-Saint-Denis, notamment le projet Bidonvilles qui intervient auprès des personnes précarisées appartenant aux communautés roms, ou étant perçues comme telles, vivant en habitats informels (squats, bidonvilles...) sur le département. Constatant des difficultés persistantes d'accès à la domiciliation, nous avons réalisé une étude en 2024 et 2025 dans la commune de Stains, afin de mieux comprendre les obstacles rencontrés et les conséquences sur la santé. Les données ont été recueillies par une recherche qualitative menée par Médecins du Monde (avis N° 2023-157 du Comité d'éthique de la recherche U-Paris Cité), mobilisant des entretiens semi-directifs et des observations ethnographiques auprès des habitant·e·s des bidonvilles du site dit « des batêtes », ainsi que des intervenant·e·s en charge de l'application de la mission de domiciliation (personnel du CCAS, intervenant·e·s des organismes agréés, associations en charge de l'accompagnement des personnes dans leurs démarches médico-sociales). Ce chapitre présente les premiers résultats issus du travail d'analyse, qui feront l'objet d'une publication prochaine plus détaillée.

FIGURE 1 – MENTION DE L'EXISTENCE D'UN SERVICE DE DOMICILIATION SUR LE SITE INTERNET DES CCAS CONTACTÉS PAR DÉPARTEMENTS D'ÎLE-DE-FRANCE EN AVRIL 2024 (EN %)



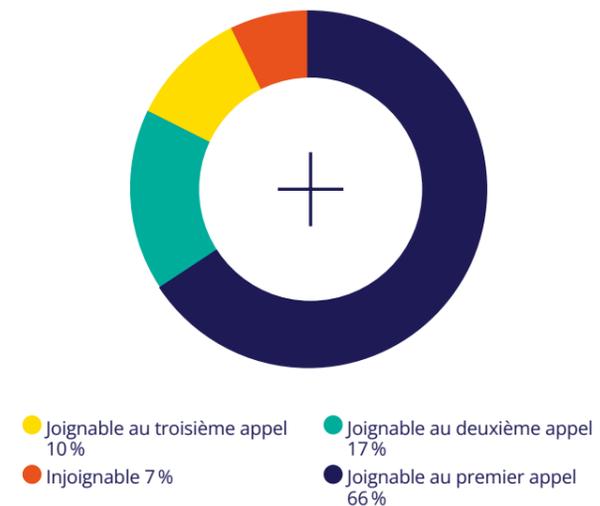
Effectif : Ensemble des CCAS ciblés (N=106)  
Lecture : En avril 2024 dans le Val-d'Oise, 10 CCAS sur 15 ne mentionnent pas l'existence d'un service de domiciliation sur leur site Internet

**Lorsque des informations sont présentes en ligne, elles restent par ailleurs trop souvent partielles** (absence de mention des conditions d'accès ou des démarches à réaliser), **imprécises** (absence de mention des différentes pièces justificatives à fournir), **ou difficiles à trouver** (plusieurs pages à parcourir pour retrouver la rubrique dédiée à la domiciliation). Les informations sont seulement **disponibles en français**, ce qui constitue un obstacle supplémentaire pour les personnes allophones. Dans le Médoc, le défaut d'information concerne également les modalités pratiques d'accès aux guichets administratifs. Les adresses des lieux où se présenter, les horaires d'ouverture ou les contacts des personnes référentes sont rarement indiqués. Or, le recours aux services téléphoniques des CCAS ou des mairies ne permet pas toujours non plus de compenser l'insuffisance de l'information disponible en ligne.

### PAR TÉLÉPHONE : DES SERVICES INSUFFISAMMENT JOIGNABLES, UNE QUALITÉ D'INFORMATION VARIABLE

Nos enquêtes téléphoniques auprès des standards des CCAS ou des mairies mettent en évidence **les difficultés pour réussir à joindre un·e interlocuteur·rice, ainsi que pour obtenir des renseignements satisfaisants**. Certains services ont nécessité plusieurs appels avant d'obtenir des réponses, d'autres sont restés injoignables malgré plusieurs tentatives. En Île-de-France, si le taux d'appels décrochés est de 66% au premier appel, 27% des CCAS ne sont joignables qu'à l'issue de deux ou trois essais et 7% n'ont jamais décroché (figure 2). Les temps d'attente peuvent durer plus d'une dizaine de minutes avant d'obtenir un·e agent·e administratif·ve en ligne, et parfois le numéro de téléphone renvoie vers un serveur vocal interactif qui ne mentionne pas directement l'existence d'un service de domiciliation. Bien que tous les CCAS joints aient confirmé l'existence d'un service de domiciliation, les informations fournies sur les conditions d'accès au service étaient par ailleurs souvent imprécises (horaires, démarches, justificatifs à fournir)

FIGURE 2 – ACCESSIBILITÉ DES STANDARDS TÉLÉPHONIQUE DES CCAS D'ÎLE-DE-FRANCE CONTACTÉS EN AVRIL 2024 (EN %)



Effectif : Ensemble des CCAS contactés par téléphone (N=96)  
Lecture : En avril 2024, 65,6% des CCAS ont décroché à la première tentative d'appel

Dans le Médoc, l'accessibilité téléphonique des services et la qualité de l'information disponible est encore moindre : 18% des CCAS ou communes contacté·e·s sont resté·e·s injoignables à l'issue de trois tentatives d'appels ou n'ont pas été en mesure de fournir des informations concernant les conditions et les modalités d'accès à la domiciliation. Dans certains cas, la personne de référence sur la domiciliation était directement un·e élu·e, dont l'accessibilité téléphonique était contrainte par un nombre d'heures de délégation inférieur au temps de présence d'un·e agent·e de la commune ou du CCAS.

Les moyens d'accès à l'information en ligne ou par téléphone concernant la domiciliation en ligne ou par téléphone ne sont pas toujours les plus adaptés pour des personnes sans domicile stable. Elles ne disposent pas forcément des équipements, de la connexion Internet ou du forfait, nécessaires, ou ne maîtrisent pas les usages administratifs par voie dématérialisée. Pour autant, la présentation physique au guichet des CCAS ou des mairies ne permet pas toujours de pallier les difficultés d'accès à l'information.

### DES CONTRAINTES D'ACCÈS QUI FREINENT L'ACCUEIL PHYSIQUE AU GUICHET

Seules les communes de plus de 1 500 habitant·e·s sont tenues de mettre en place un CCAS. Dans le Médoc, notre enquête a permis de constater l'absence d'un tel service dans de nombreuses communes peu peuplées de la région, qui n'ont pas toujours les moyens humains et financiers nécessaires. La domiciliation est alors réalisée par des agent·e·s municipaux·les, qui ne sont pas systématiquement formé·e·s à la démarche. Les horaires d'ouverture de la mairie, ou du CCAS quand il existe, sont souvent restreints, ce qui constitue un obstacle supplémentaire pour se présenter au guichet. Dans la commune du Verdon-sur-Mer (1 389 habitant·e·s), une seule permanence du CCAS par semaine se tient à la mairie, le jeudi de 9 h 30 à 11 h 30. À Grayan-et-l'Hôpital (1 542 habitants), une permanence du CCAS a lieu tous les lundis de 9h à 12h, uniquement sur rendez-vous.

À Stains, avec l'augmentation de la pauvreté dans le département, le CCAS constatait une augmentation des demandes de domiciliation administrative. Depuis plusieurs années, plus de 450 dossiers étaient gérés par une seule personne à temps plein. Le CCAS a dû réorganiser ses ressources humaines disponibles, les demandes sont désormais prises en charge par deux personnes. D'après leur récit, confirmé par les personnes concernées et les acteurs associatifs interviewés, cette réorganisation a permis de diminuer le délai de prise de rendez-vous qui est passé de trois ou quatre mois à quelques semaines.

### DES DIFFICULTÉS DE COMPRÉHENSION LIÉES À UNE « BARRIÈRE LINGUISTIQUE »

**La compréhension des démarches de domiciliation par les personnes allophones ou peu francophones dépend largement de leur maîtrise du français et de la disponibilité d'informations adaptées.** Dans les Caso de Médecins du Monde, près de 4 personnes sur 10 ont exprimé un besoin d'interprétariat en 2024<sup>7</sup>. À Stains, les agents du CCAS expriment avoir des difficultés à expliquer et faire comprendre les informations liées à la domiciliation, notamment lorsqu'il s'agit de éléments très spécifiques tels que les conditions du contrat de domiciliation administrative. Les personnes concernées confirment ces difficultés de compréhension

<sup>6</sup> Cf. Supra Baromètre « Déterminants liés à l'accès au système de santé », p. 38

et les considèrent comme l'un des principaux obstacles à surmonter, tout en soulignant leur capacité à comprendre malgré tout.

*Nous ne savons pas comment parler au début. C'est le plus gros problème pour nous : ne pas savoir s'exprimer.*

**Femme habitant dans le bidonville, 30-40 ans, 2024**

*On s'en sort plutôt bien. C'est juste qu'on ne parle pas parfaitement. Mais on arrive à se débrouiller, à se faire comprendre. C'est comme ça qu'on parle.*

**Femme habitant dans le bidonville, 40-50 ans, 2024**

Cette « barrière linguistique » est contournée, d'un côté comme de l'autre par la « débrouille » : des membres du personnel du CCAS maîtrisant le roumain font office d'interprètes lorsqu'ils/elles sont disponibles, des habitant-e-s utilisent des applications numériques de traduction ou se font accompagner par des proches maîtrisant le français.

*J'ai une collègue qui parle très bien roumain donc je m'épaule sur elle. Mais elle n'est pas toujours là, et en son absence je suis un peu embêté-e du fait [que les usager-ère-s] ne comprennent pas tout. Il y a des résiliations au bout de trois mois quand ils ne viennent pas, ils sont résiliés, donc ils se retrouvent dans l'embarras.*

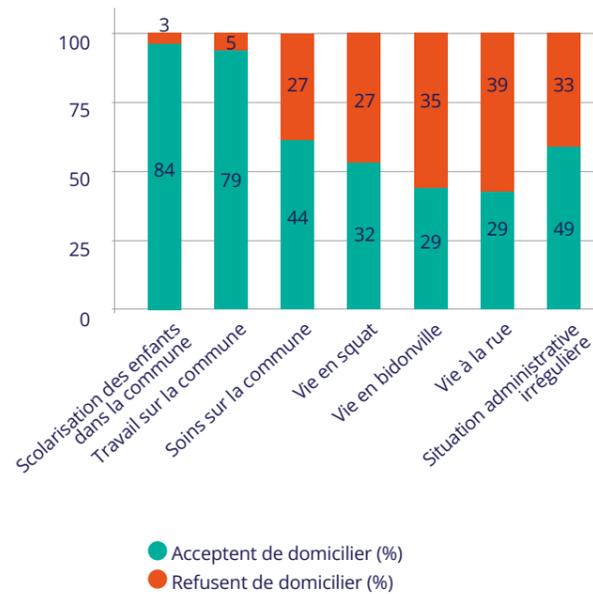
**Agent-e du CCAS, 2024**

Malgré ces constats, la mise en place de supports de traduction et d'interprétariat ne semble pas être une priorité institutionnelle, les informations sur la domiciliation sont souvent disponibles uniquement en français, et peu d'organismes utilisent des services d'interprétariat professionnel.

## INSTRUCTION DES DEMANDES : DES PRATIQUES RESTRICTIVES ET SOUMISES À L'ARBITRAIRE CONCERNANT L'ATTACHEMENT AVEC LA COMMUNE

Le parcours d'obstacles administratif ne s'arrête pas aux difficultés d'accès à l'information et aux guichets. Au moment de la demande de domiciliation, certains CCAS mettent en œuvre des pratiques d'instruction restrictives empêchant ou freinant l'accès effectif à la domiciliation. C'est en particulier l'appréciation du « lien avec la commune » (figure 3) qui suscite le plus de difficultés (Loison-Leruste, 2016). Selon les textes réglementaires (article R.264-4 CASF), ce dernier peut être établi par une situation de fait : le séjour sur la commune, peu importe le statut ou le mode de résidence - avec ou sans statut d'occupation, logement fixe ou mobile, sans logement. Il peut également être établi par des attaches sur le territoire de la commune via l'exercice d'une activité professionnelle ou de l'autorité parentale sur un enfant mineur scolarisé, le bénéfice d'une action d'insertion ou d'un suivi social, médico-social ou professionnel, ou encore les démarches effectuées auprès de structures institutionnelles ou associatives.

**FIGURE 3 - PRATIQUES D'INSTRUCTION DES DEMANDES DE DOMICILIATION SELON DIFFÉRENTS CRITÈRES D'APPRÉCIATION DE CCAS D'ÎLE-DE-FRANCE EN AVRIL 2024 (EN %)**



Effectif : ensemble des CCAS ayant répondu pour chaque critère (scolarisation N=87, travail N=84, soins N=71, squat N=59, bidonville N=64, rue N=68, situation administrative irrégulière N=82)  
Lecture : En avril 2024, 49 CCAS ont déclaré refuser les demandes de domiciliation des personnes en situation administrative irrégulière résidant sur la commune

**Dans les faits, l'accès effectif à la domiciliation est loin d'être garanti de façon égale sur l'ensemble des territoires, et reste bien trop souvent soumis à l'interprétation des agent-e-s municipaux-le-s, ou à la discrétion des élu-e-s des communes.** En Île-de-France, un-e agent-e d'une mairie de l'Essonne précise : « le maire est décisionnaire, il vaut mieux cumuler plusieurs liens avec la commune pour avoir une chance d'être domicilié ». Le constat est aussi flagrant dans le Médoc, où un-e interlocuteur-riche sur trois subordonne le droit à la domiciliation à l'arbitrage des élu-e-s. Dans les petites communes rurales, où l'exercice du pouvoir local repose souvent sur une forte personnalisation de la décision, du fait de la proximité entre élu-e-s et administré-es et d'une moindre structuration des services municipaux, les élu-e-s ont une marge d'appréciation d'autant plus large dans l'exercice de leurs missions.

Dans certains territoires, **la collaboration entre le CCAS et les acteur-riche-s du territoire intervenant auprès des personnes peut permettre de surmonter les difficultés d'interprétation liées au « lien avec la commune »**. À Stains, lorsque les preuves fournies pour établir le lien avec la commune sont jugées insuffisantes, les associations et le Service Social du Conseil Départemental produisent fréquemment des documents attestant des rencontres ou du suivi des personnes résidant dans le bidonville. En effet, les agent-e-s du CCAS expriment une difficulté à comprendre les parcours des personnes et à juger de la cohérence des éléments qui sont fournis par celles-ci.

*[Pour accompagner les demandes de] domiciliation on fait un courrier d'orientation. Même si en soi ce n'est pas nécessaire, ça aide un peu la personne à y aller. Parce que quelque chose qui bloque énormément c'est que des CCAS pensent appliquer correctement la loi, mais mettent des limites qui ne sont pas très conformes. Par exemple, j'ai la situation d'une personne qui était [hébergée] à l'hôtel à laquelle le CCAS a dit : « Vous êtes à l'hôtel, Madame, ça veut dire vous n'avez pas besoin d'une domiciliation. » On a plusieurs fois insisté en disant : « C'est un hôtel, Monsieur. Il y a bien écrit sur les papiers que cette adresse ne correspond pas à une domiciliation. »*

**Intervenante pour une association, 2024**

*On utilise des fiches de liaison parce que pour nous c'est une forme d'accompagnement, d'orientation accompagnée, parce qu'on sait que la personne aura des difficultés à s'exprimer. Alors, pour lui faciliter la démarche on peut faire une fiche de liaison, dans laquelle il n'y a rien de particulier sur la situation de la personne. On dit simplement que la personne est accompagnée par le service et qu'elle a un besoin d'une domiciliation, et on laisse le service traiter la demande.*

**Agent-e Service social départemental, 2024**

*Alors sur le bidonville, évidemment, [les habitant-e-s] n'ont pas de facture EDF. Et sur leurs pièces d'identité, il n'y a pas d'adresse. Nous en France [sur nos pièces d'identité] on a une adresse, eux il n'y en a pas. Quand ils nous disent qu'ils sont sur Stains, il n'y a rien qui le prouve, c'est qu'ils viennent d'arriver. Donc ils n'ont pas d'enfant scolarisé [sur la commune], pas d'aide médicale, enfin ils n'ont rien. Donc la seule chose qui peut prouver [leur lien à la commune], c'est votre structure.*

**Agent-e CCAS, 2024**

Si ces attestations permettent de rassurer les agent-e-s en précisant les éléments mis à leur disposition, leur recours de plus en plus systématique pour établir un lien avec la commune traduit une forme de défiance envers la parole des personnes concernées. Celles qui ne sont pas accompagnées par une association peuvent ainsi se heurter à davantage d'obstacles.

## DES ATTACHES FAMILIALES OU PROFESSIONNELLES GLOBALEMENT RECONNUES

L'appréciation du « lien avec la commune » via les attaches familiales sur le territoire ne suscite pas de difficultés majeures dans l'acceptation des demandes. En Île-de-France, plus de 97 % des CCAS contactés ont indiqué accepter de domicilier les personnes dont l'enfant est scolarisé sur leur commune, soit 84 CCAS sur 87 ayant répondu à la question. Interrogé-e-s sur ce critère, les interlocuteur-riche-s fournissent généralement une réponse claire et favorable. Un CCAS du département des Hauts-de-Seine a même indiqué que « la scolarité [était] le lien officiel privilégié ». Pour autant, les CCAS demandent aux personnes de fournir une pièce justificative, généralement un certificat de scolarité, alors même que la production d'un justificatif ne revêt pas de caractère obligatoire d'après la loi<sup>8</sup>. Par ailleurs, il faut relever que de

nombreux CCAS adoptent une approche cumulative des critères d'appréciation du lien avec la commune, exigeant, par exemple, que les personnes qui ont un enfant scolarisé sur la commune y résident également. Cette exigence de cumul n'est pas conforme à la loi, un seul critère étant suffisant pour faire valoir son droit à la domiciliation.

La situation est plus nuancée dans le Médoc, où 25 des 33 communes avec une école ayant répondu à la question acceptent la domiciliation des personnes dont un enfant est scolarisé sur leur territoire. Les autres communes déclarent n'avoir jamais été confrontées à la situation (3 communes sur 33) ou ne pas retenir ce critère (5 communes sur 33), en raison « d'absence de lien avec l'hébergement » selon un des CCAS concerné.

Les attaches professionnelles ne soulèvent pas non plus de difficultés majeures pour l'accès à la domiciliation. En Île-de-France, 94 % des CCAS interrogés ont déclaré domicilier les personnes exerçant une activité professionnelle dans la commune, soit 79 CCAS sur les 84 ayant répondu à la question. Pour autant, il est en général demandé aux personnes de fournir un justificatif prouvant qu'elles travaillent sur la commune, or cela peut s'avérer difficile, voire impossible, notamment pour les personnes travaillant de manière informelle, sans contrat de travail. Là encore, l'approche cumulative des critères de domiciliation pénalise certaines personnes ayant un contrat de travail précaire mentionnant plusieurs communes d'exercice de leur activité, ce qui peut conduire les CCAS concernés à se renvoyer la responsabilité de la domiciliation. Dans le Médoc, l'attache professionnelle est également largement admise : sur 33 communes ayant répondu à la question, seules deux mentionnent explicitement un refus. La présence de travailleur-euse-s saisonnier-ère-s est reconnue et acceptée sur ce territoire qui vit largement de l'économie viticole. Ces résultats donnent un indice du régime de normativité régissant les pratiques d'instruction des demandes de domiciliation, avec la valorisation des personnes qui peuvent justifier d'une « insertion professionnelle ». Si ces enquêtes démontrent que la scolarisation d'un enfant ou le travail sur la commune sont des liens plus communément admis, malgré les limites relatives aux justificatifs demandés par les CCAS, les personnes ayant un suivi médical sur la commune rencontrent plus de difficultés à obtenir une domiciliation.

**SUIVI MÉDICAL : UN CRITÈRE TRÈS SOUVENT ÉCARTÉ**  
**Se soigner dans la commune ne suffit généralement pas pour y être domicilié-e, alors que ce critère est explicitement prévu par les textes réglementaires** (article R.264-4 du code de l'action sociale et des familles). En Île-de-France, 62 % des CCAS interrogés ont déclaré refuser de domicilier les personnes ayant un suivi médical sur leur commune, soit 44 CCAS sur les 71 ayant répondu à la question. Les refus peuvent témoigner d'une méconnaissance ou d'une incompréhension des textes. Un-e agent-e d'un CCAS du département des Hauts-de-Seine justifie cette pratique au nom du « respect du secret médical ». Ils peuvent également renvoyer à des formes de pouvoir discrétionnaire d'agent-e-s qui s'érigent en entrepreneur-euse-s de morale (Spire, 2008), comme pour cet interlocuteur d'un CCAS du département des Yvelines qui indique que s'il domiciliait les personnes

<sup>8</sup> « La preuve du lien avec la commune peut se faire par le seul moyen déclaratif de la personne, sans nécessité de fournir des justificatifs. La fourniture de documents par les demandeurs est volontaire et facultative, afin de renseigner plus facilement leurs informations d'état-civil » (Ministère du travail de la santé et des solidarités, 2024)

<sup>7</sup> Cf. Supra Baromètre « Déterminants liés à l'accès au système de santé », p. 38

avec un suivi médical, ce serait « *la porte ouverte à tout* ». Les CCAS qui indiquent accepter le suivi médical comme lien avec la commune le font sous certaines conditions strictes/précises : preuve que le suivi médical soit de longue durée et réalisé auprès d'une structure spécifique de la commune (centre de protection maternelle et infantile, centre médico-psychologique ou hôpital local), conduisant par exemple à écarter la prescription médicale d'un médecin généraliste de la commune comme pièce justificative.

Dans le Médoc, seules les communes les plus peuplées accueillent des structures médicales ou des professionnel-le-s de santé exerçant en libéral. Les agent-e-s des communes concernées connaissent peu le critère du suivi médical, ou requièrent des exigences strictes en matière de situation médicale ou de fréquence de suivi. L'interlocuteur d'une commune indique refuser les demandes fondées sur ce lien, considérant que « *si d'autres mairies le font, alors c'est peut-être des passe-droits* ». Un autre déclare les accepter uniquement si les personnes peuvent justifier d'un deuxième lien avec la commune, dans une approche cumulative des critères d'appréciation.

*Malgré mon suivi médical dans un centre de santé sur la ville, le CCAS a refusé ma domiciliation après deux mois d'attente. Pendant toute cette période, je n'ai pas pu déposer mon aide médicale à l'Assurance maladie alors que je remplissais les autres conditions depuis plusieurs mois.*

**Personne accompagnée par Médecins du Monde, 2024**

**Ces formes de refus indirects, via des exigences abusives, génèrent des difficultés à se soigner pour des personnes qui en ont besoin.** Elles peuvent par exemple conduire à l'impossibilité d'ouvrir ou de renouveler des droits à une couverture santé auprès des services de l'assurance maladie, en l'absence de production d'un justificatif d'adresse. Sont particulièrement pénalisées les personnes en situation précaire qui souhaitent demander la complémentaire santé solidaire ou l'aide médicale de l'État, et dont l'accès à la domiciliation est pourtant prévu par les textes réglementaires (article L.264-1 du CASF).

**« ILS NE DEVRAIENT PAS ÊTRE LÀ » : QUAND LE LIEU DE VIE INFORMEL FAIT OBSTACLE À LA DOMICILIATION**  
**Les personnes qui vivent dans la rue ou en habitat précaire (squat, bidonville) rencontrent elles aussi des difficultés d'accès à la domiciliation, alors même qu'elles sont un des publics cibles du dispositif.** Parmi les personnes reçues dans les Caso en 2024, 39,4 % des personnes vivant en squat et 53,8 % des personnes sans domicile fixe n'ont aucune adresse postale. Pour certains CCAS, le mode de résidence ne semble pas constituer un obstacle majeur à l'instruction des dossiers de domiciliation. C'est le cas à Stains, où, selon les données transmises par le CCAS, parmi les 461 personnes domiciliées, 68 (soit 15 %) vivent dans le bidonville. Cependant, d'après l'enquête menée en Ile-de-France, 46 % des CCAS interrogés ont indiqué refuser la domiciliation des personnes qui vivent en bidonville (27 sur 59 des CCAS ayant répondu à la question), 54 % celle des personnes en squat (35 sur 64 CCAS), et 57 % celle des personnes à la rue (39 sur 68 CCAS). Les CCAS mettent souvent en avant le caractère

« illégal » de l'habitat pour justifier leur refus de domicilier des personnes qu'elles estiment ne pas devoir se trouver sur leur territoire. Pourtant, il ne leur revient pas d'apprécier le caractère licite de l'occupation du territoire communal. Les textes réglementaires prévoient que « le lien avec la commune » doit être établi indépendamment du statut ou du mode de résidence pour les personnes dont le lieu de séjour est le territoire de la commune (article R.264-4 du CASF). Ce type de refus est susceptible de constituer une discrimination sur le lieu de résidence ou sur la particulière vulnérabilité économique<sup>9</sup>.

Les personnes soumises à une forte mobilité géographique sont également pénalisées par l'exigence abusive d'une durée minimale de présence sur le territoire de la commune par certains CCAS. C'est particulièrement le cas en Ile-de-France, où 57 % des CCAS interrogés exigent une preuve d'attache sur la commune qui peut varier de plusieurs mois à plusieurs années. Sont particulièrement concernées les personnes en situation de grande précarité, forcées de se déplacer d'hébergement d'urgence en hébergement d'urgence, les personnes en errance contraintes du fait des expulsions de leurs lieux de vie, ou encore les travailleur-euse-s du secteur informel du bâtiment et des travaux publics contraint-e-s de se déplacer selon la localisation des chantiers. L'enquête met également en évidence des formes de refus indirects, qui prennent la forme d'exigences injustifiées ou excessives en matière de pièces justificatives. Certains CCAS rejettent des documents pourtant prévus par la réglementation, comme les attestations sur l'honneur – au motif, par exemple, que « *tout le monde peut en faire une* », selon un agent de Seine-et-Marne. D'autres exigent des justificatifs non prévus par les textes, à l'instar d'un CCAS du Val-de-Marne demandant « *une attestation émise par la police municipale* ». La pratique d'instruction des demandes est ici mâtinée de considérations morales, renvoyant à une suspicion de fraude ou de préservation de l'ordre public, lesquelles excèdent le périmètre et le champ d'intervention des agent-e-s.

Ces observations se retrouvent dans le Médoc. De nombreuses réponses d'interlocuteur-ric-e-s de CCAS ou de mairies font la part belle à des préoccupations d'ordre sécuritaire : « *Si la personne vit en squat, il n'y a pas de domiciliation car c'est illégal, cela ne constitue pas un lien avec la commune* », « *Les personnes ne sont pas censées être là, donc ça peut poser des difficultés, c'est au cas par cas* ». Parfois les refus sont avancés sous couvert d'assurer la protection des personnes concernées : « *si madame le maire considère que c'est un endroit dangereux, elle ne validera pas la demande* ». Ces pratiques entraînent une rupture de l'égalité dans l'accès au dispositif, et témoignent de l'importance du pouvoir arbitraire des agent-e-s ou des communes dans l'interprétation des critères réglementaires. L'enquête dans la région permet aussi de mettre en évidence l'invisibilisation dont pâtissent les personnes en lieu de vie informel. Plusieurs communes affirment que ces situations ne les concernent pas, comme cet-te interlocuteur-ric-e : « *on n'en a pas [...] Il faut voir avec madame le maire* ». L'invisibilisation se double ici de l'emploi déshumanisant d'un pronom à valeur partitive, qui témoigne du poids des représentations dans les catégories d'analyse et de pratiques d'instruction des agent-e-s.

*Dès le début du programme nous avons rencontré plusieurs saisonnier-ère-s vivant depuis de nombreuses années sur un bidonville dans le Médoc. Ils nous ont très rapidement parlé de leurs difficultés à renouveler leur domiciliation dans la commune, et le fait d'être bloqué-e-s dans toutes leurs démarches d'accès aux droits. Nous avons passé des dizaines d'heures (accompagnements physiques, démarches téléphoniques, mails...) à tenter de débloquer les situations, sans succès. Il nous a été rapporté qu'il n'était pas la peine d'insister, le maire n'acceptant pas leur présence sur le bidonville (terrain d'un propriétaire privé) et bloquant toutes les démarches sciemment.*  
**Équipe MdM, 2024**

*Un squat de saisonnier-ère-s s'est ouvert dans une petite commune du Médoc. Lorsque j'ai voulu demander la domiciliation à la mairie de la commune pour ouvrir les droits d'une saisonnière, la personne à l'accueil m'a répondu sur le ton du défi de contacter le propriétaire du château en ruine où se situait le squat. Elle m'a affirmé que le maire ne domicilierait pas ce « genre » de personnes de toute façon.*  
**Équipe MdM, 2024**

#### PERSONNES EN SITUATION ADMINISTRATIVE IRRÉGULIÈRE : DES PRATIQUES DISCRIMINATOIRES LARGEMENT RÉPANDUES

Le fait d'être en situation administrative irrégulière au regard du séjour ne devrait en aucun cas constituer un obstacle à l'obtention d'une domiciliation. En principe, elles peuvent y accéder de plein droit. Pourtant, **en 2024, 34,6 % des personnes en situation administrative irrégulière reçues dans les Caso ne disposaient d'aucune adresse postale.**

Les obstacles rencontrés s'expliquent notamment par les pratiques illégales de certains centres communaux d'action sociale (CCAS). En Ile-de-France, **40 % des CCAS ayant répondu à l'enquête déclarent refuser la domiciliation aux personnes ne justifiant pas d'un document de séjour**, soit 33 CCAS sur 82. Le plus souvent, le critère est explicitement écarté. Dans le département de la Seine-et-Marne, un interlocuteur indique par exemple : « *Si la personne est sans-papiers, le dossier n'est pas examiné et refusé au dépôt à l'oral* ». Dans celui du Val-d'Oise un autre mentionne : « *le maire ne signera pas l'accord s'il n'y a pas de titre de séjour* ». Cela concerne également les citoyen-ne-s européen-ne-s pour qui l'accès au droit au séjour, non matérialisé par une carte ou un document administratif, est mal connu et engendre beaucoup de pratiques discriminatoires.

La situation est similaire dans le Médoc. Sur 46 réponses à la question, 10 CCAS refusent explicitement la domiciliation aux personnes en situation administrative irrégulière au regard du séjour, et 8 apportent une réponse ambiguë ou évasive. Certaines déclarations dénotent une mauvaise connaissance de la loi : « *Les papiers doivent être en règle, autrement ce n'est pas possible. On ne peut pas obtenir de domiciliation sans titre de séjour* ». D'autres mettent en évidence l'exercice d'un pouvoir discrétionnaire par les élu-e-s de la commune : « *Ne pas avoir de papiers peut poser problème pour obtenir une domiciliation sur la commune. Les personnes ne sont pas censées être là. Ce sera monsieur le maire qui décidera* », « *l'adjoint [en charge de la domiciliation] demande absolument un titre de séjour* ».

Ces pratiques d'instruction sont contraires aux textes réglementaires (article R.264-2 alinéa 3 du CASF) et constituent une discrimination sur la base du statut administratif. Les instructions ministérielles rappellent par ailleurs que « *les organismes domiciliataires ne peuvent exercer aucun contrôle sur la régularité du séjour des personnes qui s'adressent à eux, ni sur la finalité de leur démarche de domiciliation. Ainsi, la domiciliation est indépendante de la situation administrative de l'intéressé* » (Ministère du travail de la santé et des solidarités, 2024).

#### POUR UN SERVICE PUBLIC DE DOMICILIATION EFFICIENT, MdM préconise de :

- **Au niveau national : garantir un cadre national soutenant un service public de domiciliation effectif**
  - Pérenniser et élargir le financement expérimental lancé en 2023 en soutien aux CCAS assurant la domiciliation.
  - Intégrer la domiciliation dans les stratégies territoriales de lutte contre le non-recours.
  - Prévoir, dans la loi, des mécanismes de substitution de l'autorité préfectorale en cas de carence manifeste d'une commune (refus répétés, absence de dispositif, non-respect de la législation).
- **Au niveau des préfetures : assurer le respect du droit et un pilotage territorial cohérent**
  - Être garantes de l'application du cadre légal par les CCAS et les mairies, en rappelant clairement les obligations qui s'imposent à eux :
    - La domiciliation constitue un droit pour toute personne sans domicile stable, y compris lorsqu'elle est en situation administrative irrégulière.
    - Un seul lien d'attache avec la commune suffit pour justifier une demande, sans exigence de cumul de critères.
    - Ce lien peut être établi par tout moyen, notamment par une attestation sur l'honneur, dont la valeur probante doit être reconnue.
  - Veiller au renouvellement régulier des schémas départementaux de domiciliation, et assurer leur animation dans la durée, par des instances de concertation associant toutes les parties prenantes.
  - Mettre en place un échelon régional de pilotage et de coordination, dans les régions où les dynamiques de mobilité interdépartementales sont particulièrement fortes, comme en Ile-de-France, afin d'assurer une meilleure coordination des acteurs et une continuité dans l'accès aux droits.
- **Au niveau des communes et intercommunalités (CCAS, CIAS et mairies) : mettre en œuvre une domiciliation de proximité, accessible et non discriminante**
  - Améliorer l'accessibilité du service public de domiciliation :
    - garantir un accueil physique sans rendez-vous préalable ;
    - améliorer la visibilité du service de domiciliation, et l'accès à une information claire, multilingue et adaptée aux publics concernés ;

<sup>9</sup> Défenseur des droits, Décision n°2020-237 du 15 décembre 2020

- proposer un accompagnement social systématique des personnes domiciliées, pour favoriser l'accès effectif à l'ensemble de leurs droits sociaux.
- Outiller les agent·e·s et harmoniser les pratiques :
  - renforcer la formation de s agent·e·s en charge de la domiciliation, en intégrant un volet spécifique sur la prévention des discriminations ;
  - mettre fin aux refus discriminatoires fondés sur le statut administratif ;
  - reconnaître le lien des personnes qui vivent à la rue ou en habitat précaire (squat et bidonville) avec les communes où elles séjournent, indépendamment de la forme et du statut de leur habitat.

# TRANSFORMATIONS DE L'ACCÈS AU SERVICE PUBLIC DE L'ASSURANCE MALADIE :

LES CONSÉQUENCES  
DE LA DÉMATÉRIALISATION

## 02

# TRANSFORMATIONS DE L'ACCÈS AU SERVICE PUBLIC DE L'ASSURANCE MALADIE : LES CONSÉQUENCES DE LA DÉMATÉRIALISATION

## LES POINTS ESSENTIELS

- La dématérialisation des démarches transforme l'accès au service public de l'Assurance maladie, avec une réduction marquée des accueils physiques et une généralisation progressive du recours aux services en ligne et aux plateformes téléphoniques
- Les personnes les plus précaires, âgées ou peu familiarisées avec le numérique sont particulièrement exposées à des obstacles d'accès aux droits, du fait du manque d'équipement, de compétences numériques ou d'accompagnement adapté
- L'accueil en agence reste un point de recours essentiel mais il est souvent mis à des conditions peu lisibles (prise de rendez-vous parfois obligatoire, informations partielles sur les démarches accessibles, orientation vers des bornes sans accompagnement), et laisse de nombreuses personnes sans solution concrète
- Les Maisons France Services ne compensent que partiellement le retrait de l'Assurance maladie : leur accessibilité, leur qualité de réponse et leur périmètre d'intervention varient fortement selon les territoires
- Les bénéficiaires de l'AME sont particulièrement pénalisés par l'absence d'alternatives numériques, des exigences de rendez-vous inadéquates et un défaut d'information sur leurs droits, qui peuvent freiner ou retarder leur ouverture de droits

Comme l'ensemble des services publics, l'assurance maladie connaît depuis plusieurs années de profondes mutations liées à la dématérialisation des démarches administratives. Si la place croissante du numérique peut simplifier les démarches pour de nombreux usager·ère·s, elle constitue également une source majeure d'entraves à l'accès aux droits pour d'autres. Ce chapitre présente les résultats de trois enquêtes de terrain qui documentent les conséquences de la dématérialisation pour les usager·ère·s de l'assurance maladie, et formule des pistes d'amélioration et des recommandations pour préserver le principe d'égalité d'accès au service public.

## LES TRANSFORMATIONS DU SERVICE PUBLIC DE L'ASSURANCE MALADIE À L'ÈRE DE LA DÉMATÉRIALISATION

La dématérialisation de l'administration est impulsée par les pouvoirs publics depuis plusieurs années. Depuis l'annonce d'un « choc de simplification » en 2013, les plans se succèdent pour généraliser les échanges par voie numérique avec les services publics et le déploiement des téléprocédures. Cette évolution est notamment justifiée par l'idée selon laquelle la dématérialisation des démarches permettrait de simplifier l'accès aux informations et aux documents administratifs pour les usager·ère·s, et de favoriser leur accès aux droits en luttant contre le non-recours.

L'Assurance maladie n'échappe pas à cette évolution. L'exemple du compte Ameli, qui a dépassé le nombre de 45 millions d'utilisateur·rice·s en janvier 2025<sup>10</sup>, en est emblématique. Cet espace personnel sécurisé en ligne remplace de nombreuses démarches auparavant réalisées au guichet des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) ou par voie postale, comme le suivi des remboursements, le téléchargement d'attestations ou encore la déclaration de changement de situation. **L'essor de la numérisation des démarches s'est accompagné de son corollaire : la fermeture des agences de l'assurance maladie et la réorganisation des modalités d'accueil du public.** Le nombre de lieux physiques d'accueil a diminué de plus de 60 % entre 2014 et 2022 (*Cour des comptes, 2024a*). Cette forte baisse est allée de pair avec l'orientation accrue des usager·ère·s vers la réalisation de leurs démarches administratives à distance, en ligne ou par téléphone. **Les agences des CPAM encore ouvertes se sont transformées. Les rendez-vous planifiés sont désormais privilégiés aux démarches spontanées. Les guichets d'accueil ont laissé la place à des bornes en libre-service qui permettent d'accéder aux démarches, ou à des ordinateurs disposant d'une connexion Internet, d'imprimantes et de scanners, sans la présence systématique d'agent·e·s pour accompagner les démarches.** Ces évolutions peuvent être bénéfiques : la possibilité de réaliser des démarches en ligne, plutôt qu'au guichet ou par téléphone, permet un gain de temps lié à la réduction de déplacements et d'attente au guichet, et la simplification des procédures. Toutefois, comme pour de nombreuses administrations, elles se traduisent par un recul de la présence d'un·e professionnel·le de l'assurance maladie au plus près des usager·ère·s (*Défenseur des droits, 2019*). Il est de plus en plus compliqué de réussir à obtenir un échange avec un·e interlocuteur·rice pour obtenir des renseignements ou un soutien à ses démarches. Ces évolutions accentuent les inégalités.

### DES INÉGALITÉS D'ACCÈS ET D'USAGE DU NUMÉRIQUE

Ces dernières décennies, la société française s'est adaptée au déploiement du numérique. Le baromètre du numérique 2025 montre l'augmentation du taux d'équipement des ménages, avec neuf personnes sur dix équipées d'un smartphone et d'un ordinateur. L'accès à une connexion internet à domicile reste quant à lui stable depuis plusieurs années, couvrant 84 % des foyers (*ARCEP et al., 2025*). Néanmoins, des inégalités d'accès aux outils numériques persistent, notamment pour les personnes âgées ou précaires ou peu diplômées. Pour ces publics, les difficultés concernent également la maîtrise des usages numériques. En 2021, l'Insee

estimait ainsi que 15 % de la population française était en situation d'illectronisme (*INSEE et al., 2023*), c'est-à-dire dans l'incapacité totale ou partielle d'utiliser les outils numériques, notamment chez les plus âgé·e·s et les plus modestes. **Ces situations d'exclusion numérique conduisent à un risque d'éloignement des droits, le développement de la numérisation des administrations nécessitant a minima l'accès à des équipements informatiques et une connexion Internet de qualité – mais aussi, de plus en plus souvent, un appui extérieur pour naviguer dans des démarches complexes, ce qui renvoie à une externalisation implicite des missions du service public.** L'Insee estime en 2021 qu'un tiers des adultes ont renoncé à effectuer une démarche administrative en ligne (*INSEE et al., 2022*). L'insuffisance d'une alternative systématique aux démarches dématérialisées, par le maintien d'un maillage territorial des services publics ou des plateformes téléphoniques de qualité redouble les difficultés d'accès aux droits (*Défenseur des droits, 2023*).

### UNE EXTERNALISATION À BAS BRUIT DU SERVICE PUBLIC

**Dans ce contexte de transformation numérique de l'administration, on assiste à une redéfinition du rôle des personnes usagères, qui deviennent coproductrices malgré elles du service public** (*Défenseur des droits, 2022*). Il leur revient de s'équiper, se former, s'informer, et trouver les ressources nécessaires pour effectuer leurs démarches en ligne. Cette externalisation des tâches administratives constitue un renversement du principe d'adaptabilité du service public, désormais attendu des usager·ère·s plutôt que de l'administration. Il conduit également à un transfert des missions d'information, d'aide à la constitution des dossiers et de saisie des demandes vers les aidant·e·s familiaux·les ou amicaux·les, ou vers les travailleur·se·s sociaux·ales et les accompagnant·e·s associatif·ve·s.

Le développement par l'Assurance maladie des conventions « Espace Partenaires » est particulièrement emblématique de cette évolution. Les CPAM proposent aux acteurs associatifs et médico-sociaux locaux – tels que les services sociaux hospitaliers, les permanences d'accès aux soins de santé, etc. - un partenariat leur donnant accès à une plateforme en ligne. Celle-ci leur permet de prendre rendez-vous, de déposer des dossiers de demande d'accès aux droits au nom des personnes accompagnées, de suivre l'avancement de l'instruction ou de poser des questions. Sous couvert de sécurisation et de traçabilité des données, ces structures se voient confier des missions d'information, de pré-instruction et de vérification des dossiers, venant ainsi se substituer partiellement aux missions des CPAM. Ce glissement interroge sur la redéfinition des responsabilités entre service public et société civile, dans un contexte où l'administration peine à remplir ses obligations d'accueil et d'accompagnement, notamment auprès des publics les plus en difficulté. Ce dispositif induit par ailleurs un déséquilibre majeur : **les personnes accompagnées par une structure partenaire peuvent bénéficier d'un accès facilité, mieux informé et plus fluide à leurs droits, tandis que celles qui s'adressent directement aux guichets publics, souvent sans appui, se heurtent à une complexité administrative accrue, à des délais plus longs, etc. Ce traitement différencié entre usager·ère·s va à l'encontre du principe d'égalité d'accès au service public, et renforce les inégalités au lieu de les corriger.**

<sup>10</sup> Site de l'Assurance maladie, « Plus de 45 millions d'assurés disposent d'un compte Ameli », Publié le 20 janvier 2025, Consulté le 15 avril 2025

Face aux enjeux soulevés par les transformations de l'accès au service public de l'assurance maladie, nous avons mené plusieurs enquêtes de terrain sur différents territoires afin de documenter les conséquences de la dématérialisation sur l'accès aux droits et à la santé. Nos constats mettent en évidence les difficultés suscitées par les nouvelles modalités d'organisation des CPAMs pour les publics les plus éloignés du numérique, comme en témoigne l'exemple de l'agence de Rouen en Normandie (Cf. encart « Une enquête flash par questionnaire auprès des usager-ère-s à la sortie de l'agence CPAM de Rouen » page 67). Face à la fermeture progressive des guichets d'accueil, l'Assurance maladie met en avant le déploiement des Maisons France Services comme solution visant à garantir un accueil de proximité et un accompagnement des usager-ère-s dans l'accès à leurs droits en matière de santé. Toutefois, notre enquête menée dans le département de Haute-Garonne révèle que la couverture territoriale inégalité de ces structures, ainsi que la variabilité de leurs modalités de fonctionnement, ne permet pas de compenser efficacement le retrait des missions d'accueil et d'accompagnement des CPAM (cf. encart « Un recueil d'informations auprès du réseau France Services de Haute-Garonne » page 71). Enfin, **pour certains publics les démarches d'ouverture des droits relèvent du parcours d'obstacles. C'est notamment le cas pour les personnes relevant de l'aide médicale de l'État (AME) confrontées à de fortes disparités d'accès aux guichets de l'assurance maladie selon les départements, et à une qualité de renseignements insuffisante par les plateformes téléphoniques départementales des CPAM** (cf. encart « Enquête pour documenter les difficultés d'accès à l'information et au guichet de l'Assurance maladie pour les demandes d'AME » page 74).

## DES USAGER-ÈRE-S SUR LA TOUCHE : COMMENT LA DÉMATÉRIALISATION COMPLIQUE L'ACCÈS DES PLUS PRÉCAIRES AU SERVICE PUBLIC DE L'ASSURANCE MALADIE

La situation de la Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM) de Rouen, en Normandie, est emblématique des transformations de l'accès au service public de l'Assurance maladie dans un contexte de dématérialisation des démarches. À l'instar de plusieurs CPAM en France, celle de Rouen a réduit ses activités d'accueil en renvoyant les usager-ère-s vers des démarches en ligne ou par téléphone (compte Ameli, 3646). Un accueil est toujours possible en agence, mais il est souvent nécessaire de prendre rendez-vous en amont, sur Internet ou par téléphone, pour rencontrer un-e agent-e. Depuis février 2023, les guichets d'accueil ont été remplacés par des postes informatiques en libre-service sur lesquels les personnes sont invitées à réaliser leurs démarches. Un vigile contrôle les entrées à la porte de l'agence, et un-e agent-e chargé-e d'orienter les usager-ère-s assure le filtrage des demandes à l'intérieur. **Médecins du Monde a alerté sur l'impact de ces nouvelles conditions d'accueil sur l'accès effectif au service public de l'assurance maladie, notamment pour les personnes les plus vulnérables<sup>11</sup>. La CPAM de Rouen a apporté quelques ajustements, notamment avec la mise en place d'un « box d'urgence » destiné à accueillir, sans rendez-vous, les personnes tenues de se présenter physiquement pour certaines démarches urgentes, telles qu'un dépôt de première demande AME<sup>12</sup> ou une déclaration de décès. Néanmoins, ces nouvelles modalités d'accueil laissent beaucoup d'usager-ère-s de côté,** comme en témoigne l'enquête que nous avons réalisée en décembre 2024 à la sortie de l'agence de la CPAM (cf. encart « une enquête flash par questionnaire auprès des usager-ère-s à la sortie de l'agence CPAM de Rouen pour documenter l'impact de la dématérialisation des démarches administratives, p. 67)

## UNE ENQUÊTE FLASH PAR QUESTIONNAIRE AUPRÈS DES USAGER-ÈRE-S À LA SORTIE DE L'AGENCE CPAM DE ROUEN POUR DOCUMENTER L'IMPACT DE LA DÉMATÉRIALISATION DES DÉMARCHES ADMINISTRATIVES (DÉCEMBRE 2024)

En décembre 2024, durant trois demi-journées, une équipe d'enquêteur-ric-e-s de Médecins du Monde a proposé un questionnaire aux usager-ère-s à la sortie de l'agence de la CPAM de Rouen sur la base du volontariat. L'objectif de ce travail était de recueillir des constats et de témoignages afin de décrire les conditions d'accueil et les modalités de réalisation des démarches administratives, qu'elles soient effectuées sur place, en ligne ou par téléphone. L'administration des questionnaires a été complétée par un volet d'observation du lieu d'accueil et des pratiques des usager-ère-s.

Cette enquête flash a permis d'identifier le profil social des personnes qui se rendent en présentiel auprès de l'agence, en mettant en évidence qu'il s'agit pour beaucoup de personnes « exclues du numérique ». Cela corrobore des constats déjà bien documentés qui montrent que les personnes âgées, non-diplômées ou à faibles revenus sont particulièrement exposées aux difficultés liées à la dématérialisation (Deville, 2023 ; Mazet, 2019 ; Petits Frères des Pauvres, 2019 ; Revil & Warin, 2019). La passation des questionnaires a permis d'obtenir 101 réponses. En termes d'âge, 16 répondant-e-s ont entre 15 et 24 ans, 30 répondant-e-s entre 25 et 39 ans, 30 entre 40 et 54 ans, et 25 plus de 55 ans. En termes socio-économiques, 3 personnes sur 4 mentionnent des difficultés financières : 40 répondant-e-s déclarent « y arriver difficilement » et 34 que « c'est juste, il faut faire attention ». En termes de situation professionnelle, plus de la moitié des répondant-e-s déclarent ne pas exercer d'activité professionnelle (60 répondant-e-s) : 9 sont étudiant-e-s, 12 retraité-e-s, 14 en arrêt maladie ou en invalidité et 28 au chômage et/ou bénéficiaires de minima sociaux.

La prise en charge financière des soins de santé représente 71 % des démarches administratives pour lesquelles les personnes déclarent s'être déplacées (69 répondant-e-s sur 97). Viennent ensuite l'arrêt de travail (10 répondant-e-s), un accident du travail ou une maladie professionnelle (7 répondant-e-s) ou encore une situation de handicap ou d'invalidité (4 répondant-e-s). Les demandes relatives à la prise en charge financière des soins de santé concernent pour une moitié de répondant-e-s (34 sur 69) la carte vitale ou les remboursements par le régime obligatoire de l'assurance maladie. Les demandes relatives à la complémentaire santé solidaire sont mentionnées par 23 répondant-e-s, et l'AME par 15 répondant-e-s.

## L'ASSURANCE MALADIE À DISTANCE : UNE ÉPREUVE POUR LES PERSONNES EXCLUES DU NUMÉRIQUE Inégalités d'accès aux outils numériques et difficultés d'usage : les deux faces de l'exclusion numérique.

Les personnes qui se présentent physiquement en agence mentionnent rencontrer des difficultés vis-à-vis des démarches administratives à réaliser en ligne. L'absence d'un accès régulier à des équipements informatiques – qu'il s'agisse d'un ordinateur, d'un smartphone ou d'une connexion Internet – constitue un obstacle majeur. **Plus d'une personne sur cinq déclare ne pas disposer d'un accès régulier à des outils numériques (ordinateur, smartphone et tablette) ou d'une connexion à internet ou le plus souvent ni l'un ni l'autre. Ce manque d'équipement touche particulièrement les personnes âgées, notamment au-delà de 55 ans. Les personnes en situation de précarité financière sont également fortement concernées** : les coûts liés à l'achat de matériel ou à un abonnement internet régulier peuvent être incompatibles avec des budgets déjà contraints.

**À ces difficultés matérielles s'ajoutent des limites en matière de compétences numériques. Plus de deux personnes sur cinq interrogées ne se sentent pas à l'aise (19 réponses sur 100) ou pas du tout à l'aise (23 réponses sur 100) avec l'usage des outils en ligne.** Là encore, les personnes âgées et les plus modestes sont les plus concernées : peu familiarisés avec les interfaces numériques, elles ne maîtrisent pas toujours les usages administratifs d'Internet. **Cette double barrière – matérielle et cognitive – renforce les obstacles à l'autonomie et augmente le risque de non-recours aux droits, en éloignant une partie significative du public des services auxquels elle devrait pouvoir accéder.**

## Démarches en ligne ou par téléphone : des difficultés d'accès qui génèrent du renoncement aux droits.

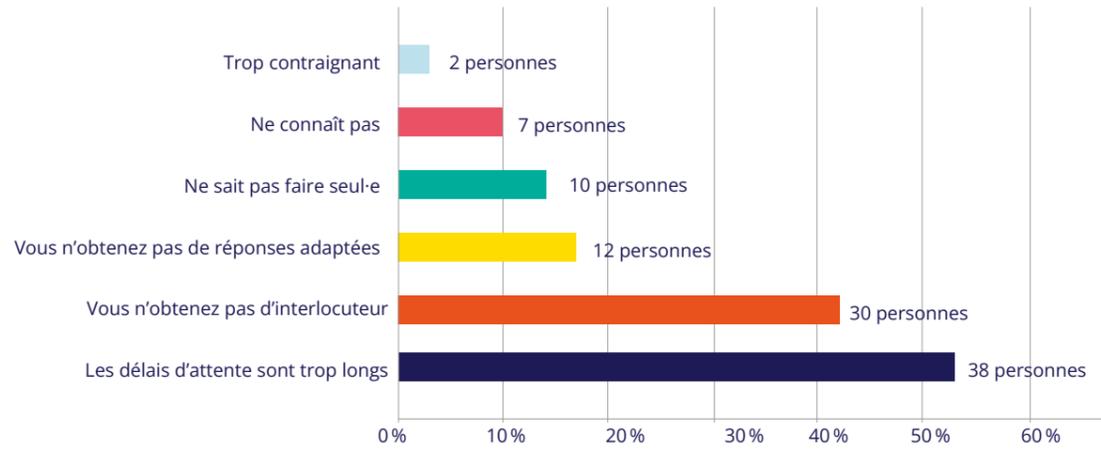
Le manque d'équipement informatique et la faible maîtrise des compétences numériques entraîne des difficultés à réaliser les démarches administratives relatives à l'Assurance maladie. Près d'une personne sur deux (46 % des répondant-e-s) déclare rencontrer régulièrement des difficultés pour effectuer ces démarches à distance. Ces obstacles concernent de manière plus marquée les personnes âgées, dont la très grande majorité déclare rencontrer des difficultés fréquentes ou occasionnelles (22 répondant-e-s sur 25). Les personnes en situation de précarité financière sont également fortement touchées : la majorité d'entre elles éprouvent des difficultés similaires, reflétant un cumul de freins techniques, économiques et sociaux à l'accès aux droits.

Nous avons demandé aux personnes interrogées de préciser la nature des difficultés rencontrées lors de leurs échanges téléphoniques avec l'Assurance maladie (figure 4). Le constat est sans équivoque : **les délais d'attente trop longs avant d'être mis-es en relation avec un-e interlocuteur-ric-e représentent plus de la moitié des difficultés signalées (53 %). Suivent l'impossibilité d'obtenir un-e interlocuteur-ric-e (42 %) et l'absence de réponse adaptée une fois en ligne (17 %).**

<sup>11</sup> MÉDECINS DU MONDE NORMANDIE, Médecins du Monde alerte sur le changement des conditions d'accueil du public à la CPAM de Rouen, Communiqué de presse, 18 octobre 2023

<sup>12</sup> Cf. infra « Le parcours des combattant-es de l'accès à l'information et au guichet : focus sur l'aide médicale de l'Etat », p. 73

**FIGURE 4 - TYPE DE DIFFICULTÉS RENCONTRÉES POUR RÉALISER LES DÉMARCHES ADMINISTRATIVES LIÉES À L'ASSURANCE MALADIE PAR TÉLÉPHONE (DÉCEMBRE 2024)**

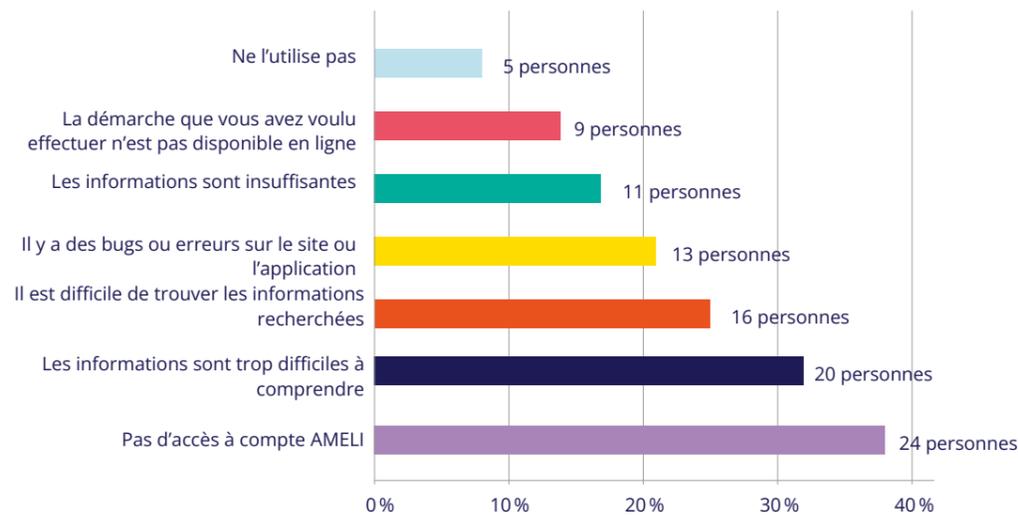


Effectif : personnes interrogées ayant mentionné au moins une difficulté au téléphone (N=72)  
Lecture : les délais d'attente trop long représentent 53% des difficultés rapportées au téléphone et sont mentionnées par 38 répondant-e-s.

Sur internet, les difficultés rencontrées par les usager-e-s sont multiples, et peuvent concerner à la fois l'accès au compte Ameli, la lisibilité des informations en ligne ou la fiabilité technique du site (figure 5). L'absence d'accès à un compte Ameli constitue le principal obstacle mentionné (38%). Elle concerne à la fois des assuré-e-s sociaux-ales qui n'ont pas créé leur compte ou rencontrent des difficultés pour s'y connecter, ainsi que des bénéficiaires de l'AME, qui ne peuvent pas créer de compte Ameli, ce qui limite fortement leur autonomie dans les démarches en ligne. La difficulté à

comprendre les informations en ligne constitue le deuxième obstacle le plus fréquemment cité (32%). Vient ensuite la difficulté à trouver les informations recherchées (25%), qui témoigne d'un manque de clarté dans l'organisation du site ou de ses contenus. Enfin, des problèmes techniques sont également rapportés (bugs informatiques, formulaires qui ne se valident pas ou pages qui ne se chargent pas), représentant 21% des difficultés rapportées. Ces dysfonctionnements nuisent à la fiabilité et à l'efficacité des démarches en ligne.

**FIGURE 5 - TYPE DE DIFFICULTÉS RENCONTRÉES POUR RÉALISER LES DÉMARCHES ADMINISTRATIVES LIÉES À L'ASSURANCE MALADIE SUR INTERNET (DÉCEMBRE 2024)**



Effectif : personnes interrogées ayant mentionné rencontrer au moins une difficulté sur Internet (N=63)  
Lecture : les informations trop difficiles à comprendre représentent 32% des difficultés rapportées sur internet et sont mentionnées par 20 répondant-e-s

Les difficultés rencontrées pour effectuer des démarches en ligne ou par téléphone auprès de la CPAM ne sont pas sans conséquence : **44% des personnes interrogées déclarent avoir renoncé au moins une fois, au cours des 12 derniers mois, à une démarche administrative à distance.** Ce renoncement peut entraîner des retards importants dans l'ouverture ou le maintien des droits. Dans un contexte de dématérialisation et d'externalisation croissante des missions de service public, les ressources sociales dont disposent les personnes jouent un rôle décisif pour surmonter ces obstacles. Les usager-ère-s sollicitent en priorité leur entourage : les membres de la famille sont cités comme première source d'aide par 41% des répondant-e-s, suivis des ami-e-s par (16%). Le recours aux professionnel-le-s, bien que moins fréquent, reste significatif : 19% des personnes interrogées mentionnent avoir été aidées par un-e assistant-e social-e ; et 12% par une association.

Les services en ligne ou par téléphone de l'Assurance maladie restent difficilement accessibles pour de nombreuses personnes : ils sont souvent complexes à utiliser, mal adaptés aux besoins spécifiques des usager-ère-s en difficulté avec le numérique, et ne permettent pas toujours d'obtenir des réponses claires ou satisfaisantes. Pour les publics les plus vulnérables face au numérique, le maintien de guichets physiques accessibles constitue donc un enjeu essentiel. Pourtant, notre enquête montre que l'accès aux accueils physiques des CPAM reste lui aussi problématique.

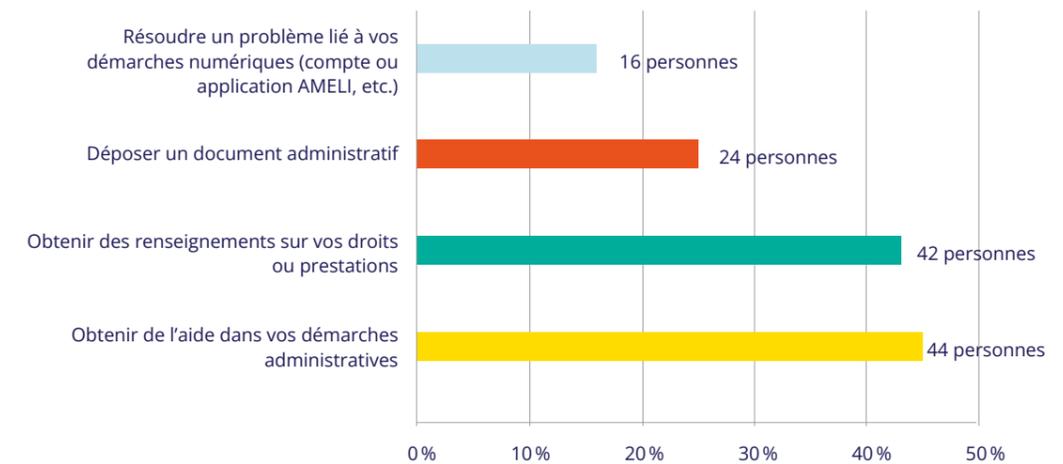
**SUR PLACE : DES MODALITÉS D'ACCUEIL QUI FONT OBSTACLE À L'ACCÈS AUX DROITS**  
**Des temps de déplacements parfois longs pour se rendre en agence**

La fermeture progressive et la concentration des agences de l'Assurance maladie ont allongé les temps de déplacement nécessaires pour accéder à un accueil physique. Les personnes interrogées déclarent un temps moyen de trajet de 25 minutes, mais cette moyenne masque d'importantes disparités. Plus d'un-e usager-ère sur deux a mis plus de 20 minutes pour se rendre en agence, et près d'un-e sur quatre a dû consacrer plus de 40 minutes à ce déplacement. **Le temps de trajet le plus long mentionné atteint deux heures. Il concerne des personnes résidant en zones rurales** autour de Rouen, qui, faute de véhicule personnel, ont dû combiner plusieurs moyens de transport en commun pour se rendre en agence

**Le besoin d'un accompagnement humain en agence pour obtenir de l'information et de l'aide dans ses démarches**

Le premier motif de venue à la CPAM évoqué par les personnes interrogées est la recherche d'aide pour accomplir des démarches administratives (45%) (figure 6). Ce besoin traduit clairement l'importance d'un accompagnement personnalisé en présentiel, notamment pour les personnes en difficulté avec les procédures numériques ou la complexité des formulaires. Vient ensuite la nécessité d'obtenir des renseignements sur ses droits ou prestations (43%), illustrant là encore le besoin d'un échange direct pour clarifier sa situation. D'autres motifs, moins fréquemment cités, incluent le dépôt d'un document administratif (19%), ainsi que la résolution de problèmes rencontrés lors des démarches en ligne (13%).

**FIGURE 6 - MOTIF DE VENUE À LA CPAM (DÉCEMBRE 2024)**



Effectif : personnes interrogées ayant répondu à la question (N=97)  
Lecture : le besoin d'aide dans les démarches administratives représente 45% des motifs de venues rapportés, et est mentionnée par 44 répondant-e-s.

### Des parcours d'accueil peu lisibles et souvent insatisfaisants

Parmi les personnes interrogées, 40 % ont déclaré avoir pris rendez-vous avant de se présenter à la CPAM, tandis que 60 % s'y sont rendues spontanément. Parmi ces dernières, plus de la moitié (32 %) indiquent qu'elles n'avaient pas eu besoin de rendez-vous, mais un quart (25 %) ne savaient tout simplement pas qu'un rendez-vous était requis pour rencontrer un-e agent-e en présentiel. Ce manque d'information ou de clarté dans les modalités d'accueil expose certain-e-s usager-e-s au risque de se retrouver en difficulté : orienté-e-s vers des postes informatiques ou des automates en libre-service, ils-elles ne disposent pas toujours des compétences ou de l'autonomie nécessaires pour accomplir seules leurs démarches.

Certaines situations témoignent d'une expérience décourageante. Une personne nous a confié avoir dû revenir trois fois consécutives à la CPAM pour une même démarche, faute de disponibilité du personnel compétent. Une autre a dû prendre rendez-vous uniquement pour récupérer un formulaire. Ces expériences contribuent à expliquer un taux de satisfaction mitigé : la moitié des personnes interrogées estime ne pas avoir pu résoudre leur démarche (24 %), ou seulement en partie (27 %), malgré leur venue en agence.

### LES MAISONS FRANCE SERVICES, GARANTES D'UN ACCÈS AU SERVICE PUBLIC DE L'ASSURANCE MALADIE : RÉSULTATS D'UNE ENQUÊTE DANS LE DÉPARTEMENT DE HAUTE-GARONNE

Le nombre de points d'accueil physiques de l'assurance maladie a baissé de plus de 60 % entre 2014 et 2022 dans la branche maladie (Cour des comptes, 2024a). Dans ce contexte, où la fermeture des agences va de pair avec la dématérialisation des démarches administratives, le développement des Maisons France Services est souvent présenté comme une solution pour accueillir les publics et faciliter l'inclusion numérique (Caisse nationale d'Assurance maladie & État, 2023).

Le réseau France services s'inscrit dans la lignée des maisons de services au public lancées en 2013 sous le gouvernement Ayrault. Il a été mis en place à partir de 2019, à la suite du « grand débat national » organisé par le gouvernement dans le contexte du mouvement des Gilets jaunes. Issu d'une circulaire du Premier ministre (circulaire n° 6094-SG du 1<sup>er</sup> juillet 2019), ce réseau vise à instaurer un service d'accompagnement des populations dans leurs démarches administratives au sein de lieux d'accueil de proximité,

mutualisés et polyvalents. Piloté par l'agence nationale de la cohésion des territoires, il s'appuie sur un réseau de porteurs locaux : des collectivités territoriales, La Poste, ou des associations<sup>13</sup>. Il dénombre 12 opérateurs nationaux, dont l'Assurance maladie et la Mutuelle sociale agricole (MSA), mais aussi les Allocations familiales (CAF), France Titres ou encore les Finances publiques. Les points d'accueil sur le territoire, dénommés **Maisons France Services, ont pour objectif d'accompagner les usager-e-s dans leurs principales démarches administratives quotidiennes, de mettre à disposition et accompagner dans l'utilisation d'outils informatique, et résoudre les situations les plus complexes en appui sur un correspondant au sein des réseaux partenaires**. En 2024, le réseau représente plus de 2 840 espaces sur le territoire français (Cour des comptes, 2024b). Il existe plusieurs types de structures France Services : des lieux d'accueil fixes, avec ou sans antennes ; des structures itinérantes, telles que les bus France Services ; ainsi que des points d'accueil secondaires rattachés à une structure principale. Le nombre de demandes traitées est passé de 1,17 million en 2020 à plus de 9 millions à la fin de l'année 2023.

Si le déploiement du réseau France Services semble constituer une avancée pour renforcer l'accès aux services publics des usagers, il n'est pas sans susciter des critiques. Le défenseur des droits pointe un risque de substitution des points d'accueil aux services publics existants (Défenseur des droits, 2022). La diversité des acteurs qui le mettent en œuvre localement entraîne une qualité de service assez variable, et le développement souffre d'un déploiement inégal sur le territoire (Pisani-Ferry, 2021). La Cour des comptes, souligne quant à elle que les relations entre les conseillers des espaces France Services au contact des usagers (« front office ») et les services des opérateurs, experts sur leurs procédures (« back office ») restent à clarifier (Cour des comptes, 2024b).

Afin d'évaluer la qualité de l'accès à l'information, aux points d'accueil et aux missions de service public assurées, nous avons mené une enquête auprès des Maisons France Services en Haute-Garonne, territoire d'intervention de Médecins du Monde. Ce département, à la fois urbain et rural, constitue un terrain d'observation particulièrement pertinent du fait d'une forte concentration des personnes en situation de précarité et de difficultés croissantes d'accès aux droits que nous observons, accentuées par la dématérialisation des services publics et la saturation des dispositifs existants. L'enquête vise ainsi à apprécier le rôle effectif que peuvent jouer les Maisons France Services dans un contexte local marqué par des besoins importants et des défaillances d'accompagnement administratif et social (cf encart « Un recueil d'informations auprès du réseau France Services de Haute-Garonne » p 71).

### UN RECUEIL D'INFORMATIONS AUPRÈS DU RÉSEAU FRANCE SERVICES DE HAUTE-GARONNE POUR CARTOGRAPHIER LES PRATIQUES D'ACCUEIL EN MATIÈRE D'ASSURANCE MALADIE (FÉVRIER 2025)

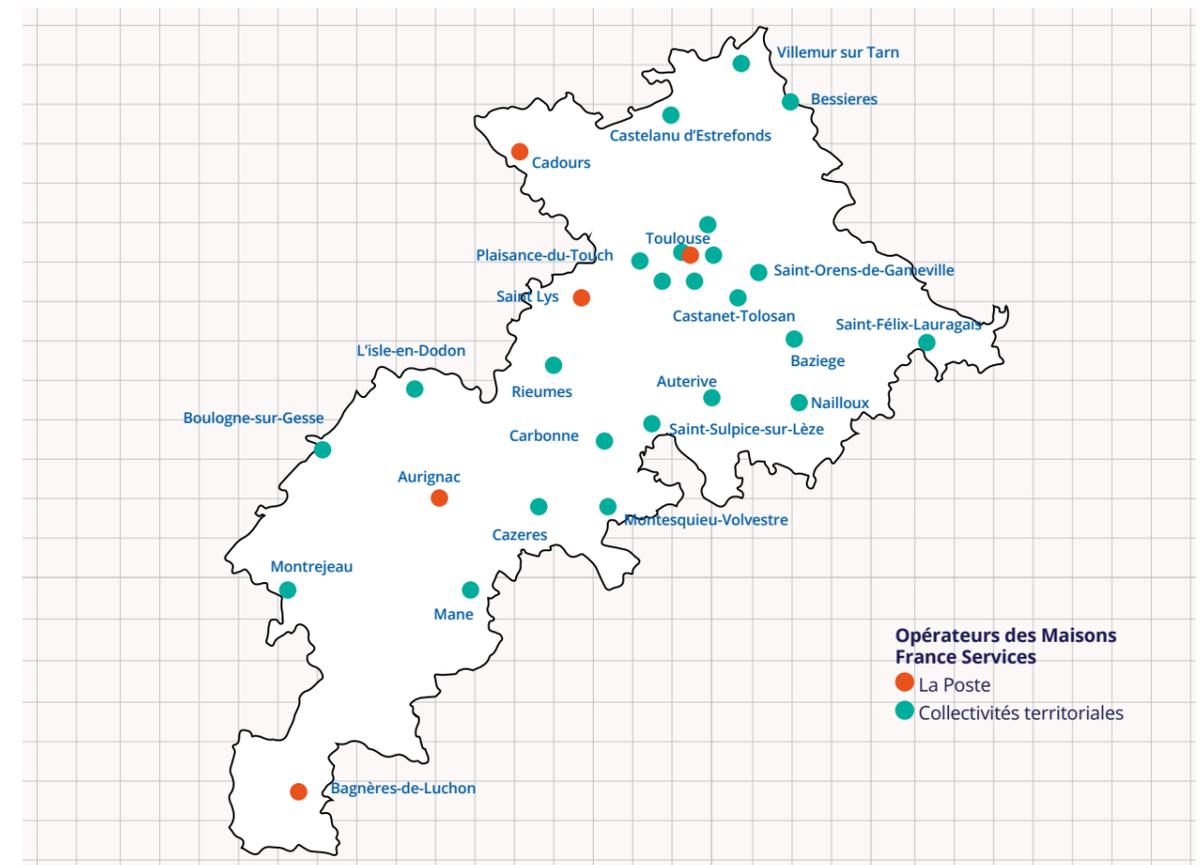
Nous avons mené un recueil d'information en février 2025 auprès des 28 Maisons France Services du département de Haute-Garonne, avec pour objectif de documenter la qualité des renseignements fournis et les modalités d'accueil des publics sur leurs droits relatifs à l'Assurance maladie. Nous avons eu recours à deux dispositifs de recueil de données :

- Un recueil d'informations en ligne sur le site des Maisons France Services et de l'Assurance maladie afin d'étudier la couverture territoriale des points d'accueil.
- Un recueil d'informations par téléphone auprès des 28 Maisons France Services du département, afin d'évaluer l'accessibilité téléphonique des services, leurs modalités d'accueil et de fonctionnement, ainsi que la qualité des informations délivrées. Chaque structure a été contactée jusqu'à trois fois, sur ses horaires d'ouverture, afin de maximiser les chances d'obtenir une réponse et de refléter au mieux la réalité du terrain en matière d'accessibilité et de disponibilité des services. Le taux de réponses est de 75 % sur l'ensemble des appels. Les résultats sont donc donnés sur 21 réponses.

### HAUTE-GARONNE : UN MAILLAGE TERRITORIAL CONTRASTÉ, ASSURÉ EN MAJORITÉ PAR DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

Dans le département de la Haute-Garonne, le réseau France Services est constitué de 28 lieux d'accueil, dont un disposant d'une antenne. Parmi eux, 23 sont portés par des collectivités territoriales, et 5 par La Poste. Les collectivités concernées sont majoritairement des communes ou des communautés de communes (20), mais incluent également un centre communal d'action sociale et une association affiliée à une municipalité. Le conseil départemental est quant à lui opérateur d'une seule Maison France Services sur l'ensemble du territoire. Le maillage territorial présente une couverture globalement satisfaisante, bien qu'inégalement répartie : le nord du département, plus urbanisé, est relativement bien desservi, tandis que le sud, à dominante rurale, souffre d'une offre plus limitée (figure 7). Ces constats rejoignent ceux établis par la Fondation Terra Nova (Pisani-Ferry, 2021) qui souligne les disparités du programme France Services entre des zones urbaines, généralement bien dotées, et zones rurales, souvent éloignées des centres urbains, avec un isolement administratif plus important.

FIGURE 7 - CARTE DES MAISONS FRANCE SERVICES DE HAUTE-GARONNE, FÉVRIER 2025



<sup>13</sup> Site du réseau France Services, « Démarches et services », consulté le 15 avril 2025

L'accueil des Maisons France Services est théoriquement sans rendez-vous<sup>14</sup>. Néanmoins, dans les faits, cinq lieux d'accueil joints par téléphone sur 21 répondant-e-s imposent une prise de rendez-vous obligatoire plutôt qu'une présentation inopinée, ce qui redouble les difficultés d'accès pour les publics. Les autres lieux d'accueil nous indiquent la possibilité d'un accueil avec ou sans rendez-vous. Néanmoins, la prise d'un rendez-vous en amont est souvent recommandée par les interlocuteur-ric-e-s, afin d'anticiper les démarches complexes qui peuvent susciter un temps long, ou de faciliter les démarches pour les usager-ère-s : « *Le principe des Maisons France Services est d'accueillir les usager-ère-s en flux tendu, mais si la personne a du mal avec les papiers ou Internet, c'est mieux de se caler une heure pour l'aider comme il faut* », « *Normalement ce n'est pas prévu par notre convention, mais on préfère quand il y a une prise de rendez-vous en amont. C'est pour éviter des allers et retours aux personnes parce qu'elles n'ont pas apporté les bons documents, par exemple* ».

### ACCESSIBILITÉ TÉLÉPHONIQUE : DES RÉSULTATS HÉTÉROGÈNES SELON LES OPÉRATEURS

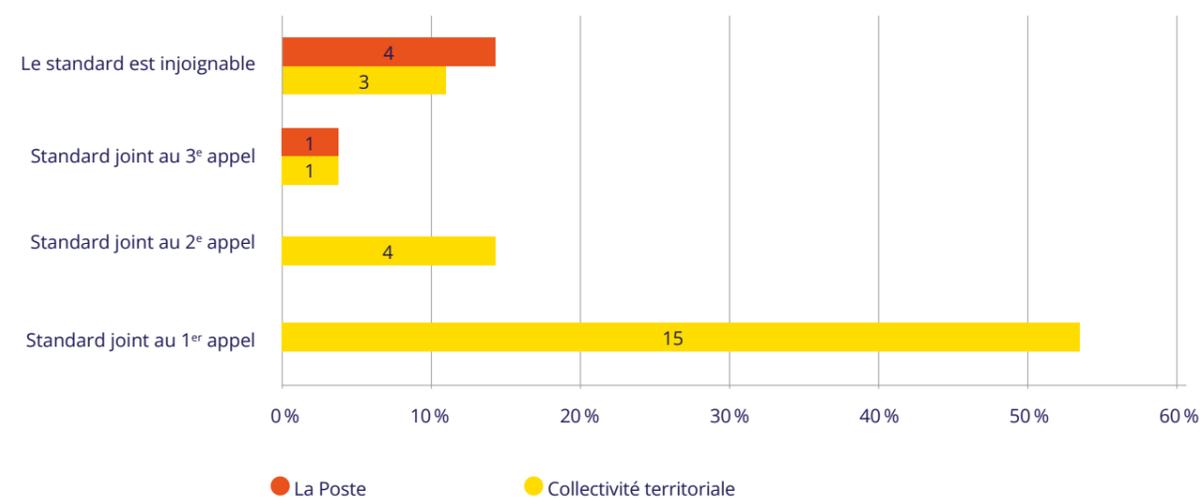
Notre recueil d'informations met en évidence un taux contrasté d'accessibilité téléphonique des services selon les Maisons France Services du département (figure 8). Certains services sont restés injoignables malgré plusieurs tentatives d'appels : c'est le cas pour 25 % des Maisons France Services du département (sept appels), dont les appels n'ont pas abouti après trois essais. Pour les autres, le taux de décroché est de 54 % au premier appel (15 appels sur 28), 14 % au deuxième (quatre appels), 7 % au troisième (deux appels). Ce taux d'appels décrochés semble dépendre fortement de la nature des structures porteuses : les Maisons France Services portées par La Poste sont difficilement joignables : quatre sur cinq n'ont pas répondu après trois essais, et un sur cinq seulement à la troisième tentative.

### DES DIFFÉRENCES DE TRAITEMENT ENTRE LES USAGER-ÈRE-S DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE ET DE L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT

Les résultats de notre recueil de données permettent également d'évaluer le périmètre d'intervention des Maisons France Services en matière de démarches administratives liées à l'Assurance maladie. L'ensemble des points d'accueil que nous avons réussi à joindre par téléphone (21 répondant-e-s) nous ont confirmé l'existence d'un partenariat avec la Caisse nationale d'Assurance maladie (CNAM), à l'exception d'une d'entre elles. Hébergée par une collectivité territoriale, cette dernière a déclaré ne pas avoir d'habilitation ni de permanence liée aux démarches d'Assurance maladie et nous a renvoyé-e-s vers le centre communal d'action sociale (CCAS) de la commune.

Nous avons interrogé les interlocuteur-ric-e-s mentionnant l'existence d'un partenariat avec l'Assurance maladie (20 répondant-e-s) sur deux démarches relativement en matière d'assurance maladie : la demande de complémentaire santé solidaire (C2S) et d'aide médicale de l'État (AME). Nos questions portaient à la fois sur la possibilité de recevoir une aide à la constitution du dossier, et sur la possibilité de déposer ce dossier auprès de la Maison France Services. L'ensemble des points d'accueil nous ont confirmé apporter une aide à la constitution des dossiers de demande de C2S. Le soutien à la démarche peut s'exercer en ligne sur le compte Ameli de l'usager-ère-s, ou en format papier – à l'exception de deux lieux d'accueil qui nous déclarent n'apporter de l'aide qu'aux démarches numériques. De manière générale le dépôt des dossiers en format papier n'est pas possible auprès des Maisons France Services, qui invitent les usager-ère-s à l'envoyer par voie postale ou à le déposer auprès de la CPAM la plus proche.

**FIGURE 8 - ACCESSIBILITÉ DES SERVICES DU STANDARD TÉLÉPHONIQUE DES MAISONS FRANCE SERVICES EN HAUTE-GARONNE EN NOMBRE D'APPELS DÉCROCHÉS, FÉVRIER 2025**



Effectif : ensemble des appels passés (N=28)

Lecture : 54 % des Maisons France Services ont décroché à la première tentative d'appel (15 appels sur 28), avec uniquement des collectivités territoriales comme structures porteuses

<sup>14</sup> Site du réseau France Services, « Démarches et services », consulté le 15 avril 2025

La différence est notable en ce qui concerne les demandes d'AME, avec six Maisons France Services qui nous ont mentionné ne pas offrir de soutien pour ces démarches. Pourtant, ces pratiques ne sont pas conformes aux informations mentionnées sur les sites de l'Assurance maladie ou du réseau France Services qui indiquent bien la possibilité de déposer le dossier AME dans une structure France Services<sup>15</sup>. On retrouve l'absence de soutien aux démarches en format papier précédemment mentionnée (deux appels), particulièrement préjudiciable aux usager-ère-s de l'AME qui ne peuvent pas avoir de compte Ameli – l'accès à ce dernier ne leur étant pas permis – et ne peuvent réaliser leurs démarches en ligne. Lors de deux appels, notre interlocuteur-ric-e nous renvoie vers des travailleur-se-s sociaux-ales pour une aide à ce type de démarche, ce qui peut manifester tout autant un manque de connaissance ou un sentiment d'illégitimité vis-à-vis d'une démarche perçue comme complexe, qu'un refus discriminatoire déguisé. Un-e autre interlocuteur-ric-e nous avoue ne pas très bien maîtriser la démarche : « *Je ne sais pas, je crois que les demandes d'AME se font au niveau de la préfecture*. » Il s'agit d'une mauvaise orientation dont les conséquences peuvent s'avérer particulièrement graves pour une personne sans autorisation de séjour, l'exposant à un risque de contrôle et d'interpellation en cas de présentation à la préfecture. Cette confusion est d'autant plus préoccupante qu'elle alimente une logique de contrôle migratoire dans un champ – celui de la santé – qui relève du ministère de la Santé, et non de l'Intérieur. Enfin, un-e dernier-e interlocuteur-ric-e justifie son refus en se retranchant derrière les pratiques préfectorales (« *La préfecture est un peu frileuse avec les sans-papiers*. ») et nous conseille d'orienter la personne directement vers la CPAM. Il s'agit d'un refus illégal et manifestement discriminatoire, pour lequel la situation administrative des personnes au regard du séjour entrave l'égalité de l'accès au service public dont elles devraient pourtant bénéficier.

Contrairement aux indications fournies en ligne, le dépôt des dossiers AME n'est possible dans quasiment aucune des Maisons France Services, qui renvoient vers la CPAM la plus proche. En l'absence de possibilités de réaliser la démarche en ligne ou d'envoyer son dossier par voie postale, cela complique les démarches pour les personnes pouvant bénéficier de l'AME qui sont tenues de se rendre physiquement au guichet pour leur première demande. À noter, toutefois, l'exception remarquable d'un lieu d'accueil qui mentionne être habilité par l'Assurance maladie pour recevoir les premières demandes AME. Conformément aux obligations légales, l'identité de la personne y fait l'objet d'un contrôle de vérification et elle se voit remettre une attestation. La personne peut envoyer son dossier par voie postale à la CPAM en y joignant cette dernière. Notre enquête ne nous

permet pas de savoir s'il s'agit d'une pratique isolée ayant fait l'objet d'une convention de partenariat spécifique avec l'assurance maladie, ou s'il s'agit de la procédure standard que devraient assurer l'ensemble des points d'accueil mais qui n'est manifestement pas connue ni maîtrisée. Quoiqu'il en soit, force est de constater que ce manque d'harmonisation des pratiques entre Maisons France Services conduit à une rupture d'égalité des usager-ère-s dans l'accès aux missions de service public, particulièrement préjudiciables pour les bénéficiaires de l'AME, dont le parcours administratif d'ouverture des droits auprès des CPAM relève déjà du parcours des combattant-e-s.

### LE PARCOURS DES COMBATTANT-E-S DE L'ACCÈS À L'INFORMATION ET AU GUICHET : FOCUS SUR L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT

**La dématérialisation des démarches administratives de l'assurance maladie peut constituer un progrès, si elle s'accompagne de garanties pour l'ensemble des usager-ère-s, notamment le maintien de plusieurs modalités d'accès alternatif de qualité, comme le guichet ou encore le téléphone. C'est loin d'être le cas pour certaines catégories d'usager-ère-s les plus précaires, notamment les personnes concernées par l'AME.** Constatant une dégradation de l'accès au droit, nous avons mené une enquête interassociative auprès des différentes caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) franciliennes en 2023 (Bellon et al., 2023 ; Médecins du Monde et al., 2023). Nos recommandations avaient permis d'obtenir quelques avancées, comme la levée de l'obligation de rendez-vous préalable obligatoire pour le dépôt des premières demandes dans les départements du Val-de-Marne et du Val-d'Oise. Deux ans après, nous avons renouvelé notre enquête, en l'étendant à de nouveaux départements où Médecins du Monde est implantée (cf. encart « *Enquête pour documenter les difficultés d'accès à l'information et au guichet de l'assurance maladie pour les demandes d'AME* », p. 74). Nos résultats montrent qu'obtenir l'AME reste un parcours semé d'embûches. **La couverture territoriale inégale des points d'accès, ainsi que l'obligation d'une prise de rendez-vous préalable au dépôt dans certains départements, constituent une première série d'obstacles. Si la plateforme téléphonique de l'Assurance maladie est relativement joignable, le défaut d'informations fournies sur les conditions d'accès et les formalités à remplir pour déposer sa demande est manifeste. Ces obstacles administratifs encouragent le retard, voire le renoncement aux droits, avec des conséquences lourdes sur la privation de l'accès aux soins pour les personnes concernées, faute de couverture santé.**

<sup>15</sup> Site de l'assurance maladie, « Aide médicale de l'État : vos démarches », Publiée le 1er avril 2025, <https://www.ameli.fr/paris/assure/droits-demarches/situations-particulieres/situation-irreguliere-ame> consultée le 15 avril 2025 ; Site du réseau France Services, « Démarches et services », <https://www.france-services.gouv.fr/demarches-et-services> consulté le 15 avril 2025.

**UNE ENQUÊTE POUR DOCUMENTER LES DIFFICULTÉS D'ACCÈS À L'INFORMATION ET AU GUICHET DE L'ASSURANCE MALADIE POUR LES DEMANDES D'AME (FÉVRIER-MARS 2025)**

Constatant des difficultés importantes d'accès à l'AME auprès des publics que nous accompagnons, nous avons réalisé une enquête en février et mars 2025 auprès des Caisses primaires d'Assurance maladie des départements des Alpes-Maritimes (06), Bouches-du-Rhône (13), Isère (38), Nord (59), Rhône (69) et Seine-Saint-Denis (93). Nous avons eu recours à deux dispositifs de recueil de données.

- Un recueil d'informations en ligne via le site de l'Assurance maladie ameli.fr afin d'étudier la couverture territoriale de l'ensemble des agences CPAM qui reçoivent les demandes AME, ainsi que leurs modalités d'accueil et de prise de rendez-vous.
- Une « enquête mystère » auprès de la plateforme téléphonique de l'Assurance maladie (3646) des départements ciblés, afin d'évaluer la possibilité de joindre des services et la qualité des informations délivrées. Durant les mois de février et mars 2025, 121 appels ont été passés auprès des six services départementaux d'assurance maladie, par des enquêteur-riche-s de Médecins du Monde. Le taux de réponse est de 93% sur l'ensemble des appels. Les résultats sont donc donnés sur 113 réponses.

**L'ABSENCE D'HARMONISATION DES MODALITÉS D'ACCUEIL SELON LES CAISSES DÉPARTEMENTALES**

Depuis 2019, les premières demandes d'AME doivent être déposées en main propre au guichet des CPAM. Chaque CPAM organise l'accueil du public avec une relative marge d'autonomie, conduisant à une forte disparité d'accès aux droits selon les départements (tableau 1). En particulier, la limitation des dépôts à certaines agences du département engendre des difficultés considérables pour les usager-ère-s. C'est notamment le cas dans le département de Seine-Saint-Denis, où seule l'agence de La Courneuve sur les 13 agences du département est dédiée à l'accueil et au dépôt des demandes d'AME. Parfois contraintes de traverser le département pour déposer leur demande, les personnes étrangères sans autorisation de séjour sont exposées à un risque d'interpellation en cas de contrôle policier. Cela induit également une moindre disponibilité vis-à-vis de contraintes professionnelles ou familiales et un temps de trajet conséquent en fonction du lieu de vie.

Ces difficultés sont redoublées par l'imposition par certaines CPAM d'une prise de rendez-vous pour venir déposer son dossier, et parfois pour venir retirer sa carte, entraînant des retards, voire des renoncements à leurs droits. Ces modalités ne sont pas adaptées à la situation de précarité des personnes. L'anticipation d'un rendez-vous, dont l'échéance peut être de plusieurs semaines selon nos observations de terrain, apparaît bien souvent trop incertaine pour des personnes dont l'enjeu est bien souvent la survie au jour le jour. En outre, dans un contexte de dématérialisation, l'accès à la prise de rendez-vous est loin d'être garanti. Les informations sur le site ameli.fr sont souvent incomplètes, et demeurent trop souvent difficiles d'accès. La ligne téléphonique de l'Assurance maladie (3646) n'est pas toujours joignable et offre une qualité de renseignements très variable.

**OBTENIR DES RENSEIGNEMENTS PAR TÉLÉPHONE : UN NUMÉRO GLOBALEMENT ACCESSIBLE, MAIS DES DÉLAIS D'ATTENTE CONTRASTÉS**

Le 3646, la ligne téléphonique de l'Assurance maladie, est un canal important pour obtenir des informations sur la démarche administrative de demande d'aide médicale d'État. Il est également quasi incontournable dans les départements où la prise de rendez-vous est devenue une modalité obligatoire pour le dépôt des demandes. La plateforme téléphonique est globalement joignable : dans 93% des cas, les appels ont permis de joindre un-e interlocuteur-riche, soit 113 appels sur 121. Le taux d'appels non décrochés le plus élevé est celui de la CPAM du Nord, avec trois appels sur 20 qui n'ont pas abouti. Depuis la dernière enquête (Médecins du Monde et al., 2023), les résultats se sont considérablement améliorés pour la CPAM de Seine-Saint-Denis : le taux d'appels non décrochés est passé de 35% (24 appels sur 69) à 5% (un appel sur 20), témoignant d'un véritable effort pour faciliter l'accessibilité à la plateforme téléphonique.

Le délai d'attente moyen auprès de l'ensemble des CPAM est de dix minutes, avec des variations notables selon les départements. Les délais les plus longs concernent la CPAM du Nord et celle des Bouches-du-Rhône, avec respectivement 16 et 12 minutes d'attente moyenne (sur 17 appels pour le Nord et 18 pour les Bouches-du-Rhône). Plusieurs appels ont atteint une durée d'attente maximale de trente minutes, au-delà de laquelle ils ont été considérés comme non aboutis.

**Le défaut d'accessibilité du service se mesure également à l'aune de l'absence de service d'interprétariat, une barrière importante pour les personnes allophones. Le coût (prix d'un appel local) représente également un frein supplémentaire dans l'accès au service pour les personnes qui ne possèdent pas de forfait téléphonique illimité.**

**QUALITÉ DE L'INFORMATION PAR TÉLÉPHONE : UN TAUX DE RÉPONSES SATISFAISANTES TROP FAIBLE**  
**Conditions légales d'accès à l'AME**

L'enquête mystère<sup>16</sup> révèle des lacunes importantes dans la qualité des informations délivrées sur les conditions légales d'ouverture des droits à l'AME. Les trois critères, pourtant cumulatifs, sont évoqués de manière inégale selon les CPAM (figure 9). La condition de résidence ininterrompue en France depuis plus de trois mois est la plus fréquemment mentionnée, dans 84% des appels (95 appels sur 113). L'absence de titre de séjour est évoquée dans 73% des cas (82 appels sur 113). La condition de ressources, pourtant déterminante, n'est citée que dans 33% des appels en moyenne (37 sur 113) : autrement dit, dans deux cas sur trois, les personnes appelantes ne sont pas informées de l'existence d'un plafond de ressources au-delà duquel il n'est pas possible de bénéficier de l'AME, ce qui peut conduire à les orienter à tort vers une demande à laquelle elles ne sont en réalité par éligibles. Par ailleurs, dans 12% des cas (14 appels), aucune information n'a été fournie : l'interlocuteur-riche a soit refusé de répondre en l'absence d'identification de l'appelant-e, soit renvoyé vers le site ameli.fr, qui ne contient pourtant pas les informations recherchées.

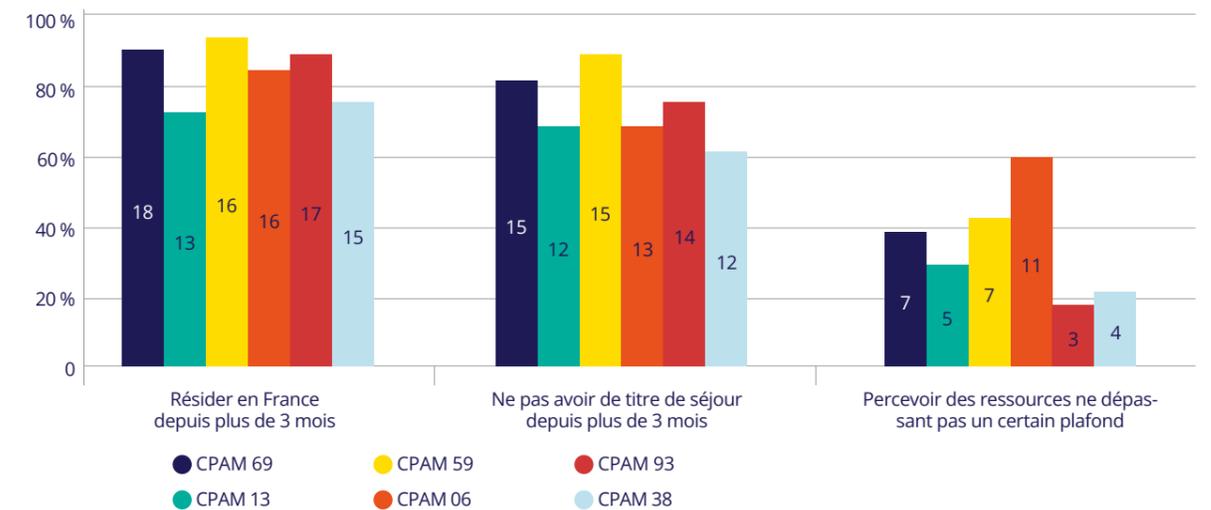
**Formalités à remplir pour déposer une première demande**

La qualité des renseignements fournis sur les formalités à remplir pour déposer une demande d'AME s'avère également très hétérogène. Le dossier d'AME doit pourtant comprendre un formulaire Cerfa dûment complété, accompagné de pièces justificatives permettant de prouver l'identité, la résidence ininterrompue en France depuis plus de trois mois en situation irrégulière, ainsi que les ressources le cas échéant. En moyenne, 82% des agent-e-s mentionnent l'obligation de compléter le formulaire, 74% évoquent le

**TABLEAU 1 - PRÉVALENCE DES PATHOLOGIES LORS DES CONSULTATIONS DE MÉDECINE GÉNÉRALE EN 2024 PAR APPAREIL ANATOMIQUE ET POUR LES PRINCIPAUX DIAGNOSTICS SUIVIS**

CPAM	Agences avec dépôt AME possible	Modalités de dépôt première demande	Modalités de retrait de la carte AME
Isère (38)	Toutes les agences du département	Mixte : avec RDV le matin, sans RDV l'après-midi	De préférence avec RDV
Rhône (69)	Toutes les agences du département	Sur RDV, via le 3646 ou au guichet	sans RDV, le matin, auprès d'une agence unique
Bouches-du-Rhône (13)	Toutes les agences du département	sans RDV	sans RDV
Nord (59)	Toutes les agences du département	sans RDV	sans RDV
Alpes-Maritimes (06)	Toutes les agences du département	sans RDV	sans RDV
Seine-Saint-Denis (93)	1 agence sur 13	sur RDV, via le 3646 ou au guichet	sur RDV, via la plateforme Click RDV, le 3646 ou au guichet

**FIGURE 9 - MENTION DES CONDITIONS LÉGALES D'OUVERTURE DES DROITS À L'AME SELON LES CPAM AYANT RÉPONDU À L'APPEL EN FÉVRIER ET MARS 2025**



Effectif : ensemble des CCAS ayant décroché l'appel (N=113)

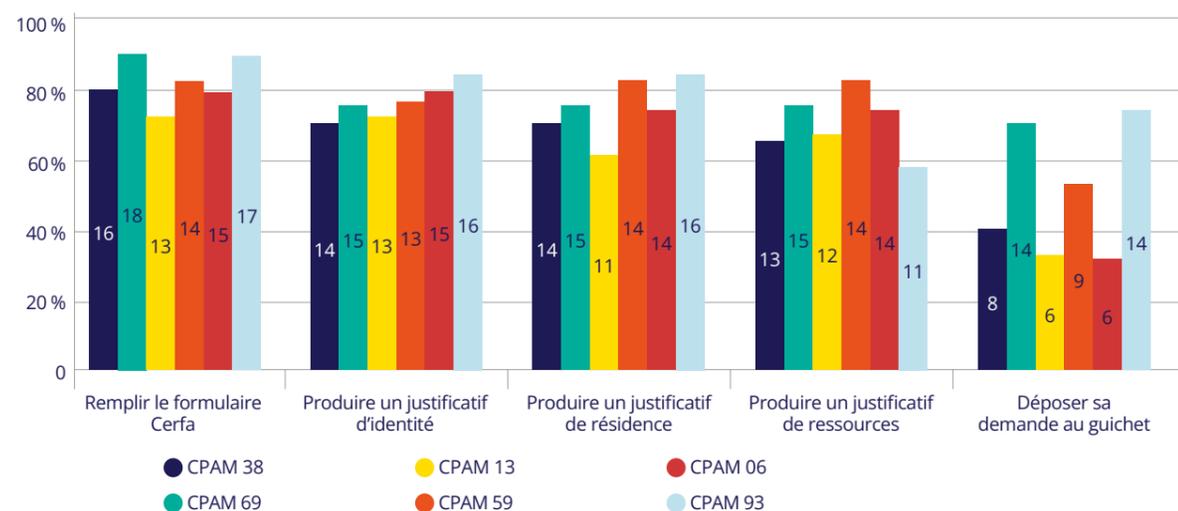
Lecture : Percevoir des ressources ne dépassant pas un certain plafond est mentionné dans seulement 16% des appels auprès de la CPAM 93 (3 appels sur 19 décrochés)

<sup>16</sup> Cf Supra encart p 74 « Une enquête pour documenter les difficultés d'accès à l'information et au guichet de l'assurance maladie pour les demandes d'AME »

justificatif de résidence, 69 % celui des ressources, et 75 % celui d'identité (figure 10). Au-delà de ces réponses partielles, certains comportent des exigences infondées. C'est notamment le cas pour la CPAM de Seine-Saint-Denis, où près d'un appel sur deux fait état de l'obligation de présenter un passeport comme justificatif d'identité, alors même que la réglementation admet d'autres pièces<sup>17</sup>.

**erronées ou incomplètes ont des conséquences importantes : elles allongent les délais d'ouverture des droits, contribuent au non-recours, ou orientent à tort des personnes vers l'AME, alors qu'elles ne remplissent pas les conditions requises. Cela fragilise encore davantage l'accès aux soins des publics concernés.**

**FIGURE 10 - MENTION DES CONDITIONS LÉGALES D'OUVERTURE DES DROITS À L'AME SELON LES CPAM AYANT RÉPONDU À L'APPEL EN FÉVRIER ET MARS 2025**



Effectif : ensemble des CCAS ayant décroché l'appel (N=113)

Lecture : L'obligation de déposer sa première demande AME au guichet de la CPAM est mentionnée par seulement 32 % des appels auprès de la CPAM 93 (6 appels sur 19 décrochés)

Depuis 2019, les personnes doivent se présenter physiquement au guichet des CPAM pour déposer leur première demande d'AME. Pourtant, cette obligation est mentionnée uniquement lors d'un appel sur deux (57 appels sur 113 décrochés), alors qu'il s'agit d'un élément d'information indispensable pour s'assurer du bon enregistrement de son dossier. Les résultats sont très variables d'un département à l'autre. L'information est mentionnée dans seulement 32 % des appels auprès de la CPAM des Alpes-Maritimes et de celle des Bouches-du-Rhône, contre 74 % pour celle de Seine-Saint-Denis et 70 % pour celle du Rhône. Cette différence peut s'expliquer par la mise en place de modalités d'accueil distinctes, ces deux derniers départements ayant instauré une prise de rendez-vous obligatoire pour le dépôt de la première demande. En l'absence de mention de l'obligation de présentation physique au guichet, la plupart des interlocuteur·rice·s indiquent la possibilité d'un envoi par voie postale ou d'un dépôt dans les boîtes aux lettres des CPAM. Or, nos observations de terrain montrent que ces modes de dépôt ne permettent généralement pas l'enregistrement du dossier : les personnes ne sont pas recontactées pour finaliser la démarche en se présentant au guichet, comme le prévoit la réglementation. En conséquence, les dossiers ne sont pas instruits. Les personnes découvrent la non-prise en compte de leur demande lorsqu'elles contactent la CPAM pour en suivre l'avancement, et doivent alors reconstituer l'intégralité du dossier pour le déposer en main propre. **Ces informations**

*L'agent·e de la CPAM m'a d'abord orientée vers une ouverture de droits à l'Assurance maladie et à la complémentaire santé solidaire, quand j'ai mentionné que la personne que j'accompagnais était sans-papiers et travaillait. J'ai pris le temps de préciser que la personne n'avait pas de titre de séjour, et qu'elle travaillait de manière non déclarée. On m'a alors répondu que la personne ne pouvait pas bénéficier de l'Assurance maladie. Je l'ai relancée avec une question sur l'aide médicale de l'État. L'agent·e m'a mise en attente pour aller chercher des informations, puis m'a demandé de confirmer que la personne résidait sur le territoire depuis plus de trois mois, et m'a demandé si elle avait un titre de séjour ou un passeport. Elle n'a mentionné aucune autre condition, ni aucune pièce à joindre au formulaire, me renvoyant simplement à la lecture du formulaire Cerfa. Comment une personne qui ne connaît pas ses droits pourrait s'en sortir seule dans ces démarches en appelant elle-même ?*

Enquêtrice bénévole MDM, 2025

#### Lieux où se soigner en l'absence de droits ouverts et outils d'interprétariat : de fortes lacunes

Le défaut d'information concerne également les dispositifs d'accès aux soins pour les personnes qui ne disposent pas de couverture maladie. A la question de savoir où orienter la personne pour se soigner dans l'attente d'ouverture de ses droits à une couverture maladie, seulement près de 3 % des appels (trois appels sur 114 décrochés) mentionnent les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), qui sont les dispositifs de prise en charge médico-sociale dédiés aux personnes en situation de précarité sociale sans droits ouverts. Les réponses sont loin d'être uniformes d'un·e agent·e à l'autre : 18 % des appels mentionnent « l'hôpital » (21 appels sur 113) et 11 % « le médecin » (12 appels), avec le risque que le-la patient·e doive s'acquitter des frais de santé, conduisant parfois à des dettes hospitalières d'un montant important, ou se heurte à un refus de prise en charge en l'absence de solvabilité.

Les réponses sont tout aussi parcellaires concernant l'existence d'outils d'interprétariat en agence pour faciliter l'accueil des personnes allophones. Alors que la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) nous a mentionné à l'occasion de plusieurs échanges l'existence de « pocket talk » (dispositif pour assurer la traduction des échanges dans les agences), seulement 2 % des répondant·e·s (deux appels sur 113) l'évoquent. Cette question suscite parfois des jugements implicites sur la nécessité de maîtriser la langue française pour s'adresser au service public : « Il n'y a pas d'interprétariat, on parle français Monsieur ». La plupart du temps, les agent·e·s indiquent que la personne doit venir accompagnée par quelqu'un susceptible de traduire les échanges (36 % des appels, soit 41 sur 113), ce qui soulève des contraintes en termes de ressources sociales, et restreint le pouvoir d'agir des personnes en leur nom.

#### RECOMMANDATIONS

POUR UN SERVICE PUBLIC DE L'ASSURANCE MALADIE ACCESSIBLE A TOUS·TES, MDM préconise de

- Garantir un accès égal et équitable pour l'ensemble des usager·ère·s du service public de l'Assurance maladie.
- Veiller à maintenir systématiquement plusieurs modalités d'accès aux services de l'Assurance maladie afin que chaque démarche puisse être réalisée à la fois en ligne et en agence, et que les usager·ère·s puissent choisir le canal le plus adapté à leur situation.
- Maintenir un maillage territorial des agences de l'Assurance maladie pour répondre aux besoins d'accompagnement de proximité des usager·ère·s et pour l'ensemble des démarches.
- Assurer un accueil inconditionnel et sans rendez-vous de tous·tes les usager·ère·s dans l'ensemble des agences de proximité.
- Garantir l'accès par l'Assurance maladie à un service adapté pour l'ensemble des usager·ère·s en assurant les missions d'information, d'aide à la constitution des dossiers et de saisie des demandes, avec un accompagnement social spécifique pour les publics les plus éloignés des démarches administratives.
- Renforcer la présence humaine à l'accueil des agences de l'Assurance maladie afin de garantir

un accompagnement accessible et adapté aux besoins des usager·ère·s, en particulier pour les personnes en difficulté avec le numérique.

- Améliorer l'accueil à distance de l'Assurance maladie en garantissant l'accessibilité et la qualité des réponses fournies par les plateformes téléphoniques
- Réduire les délais d'attente.
- Garantir la disponibilité d'un interprétariat pour les personnes allophones.
- Renforcer la formation des agent·e·s sur les droits et les démarches, notamment en matière d'AME, afin d'assurer une information fiable et adaptée à tous·tes les usager·ère·s
- Garantir l'accessibilité des services numériques de l'Assurance maladie pour tous·tes, en agissant contre l'exclusion numérique tout en veillant à maintenir des modalités de recours non dématérialisées pour les personnes qui en ont besoin
- Simplifier les interfaces et le langage utilisé sur les outils en ligne de l'Assurance maladie.
- Faciliter la création de compte Ameli et l'accès sécurisé aux services en ligne.
- Favoriser l'inclusion numérique pour les usager·ère·s les plus vulnérables face à la dématérialisation des démarches administratives.
- Faciliter les parcours administratifs des demandes d'AME afin de lutter contre le non-recours, le retard et le renoncement à ce droit
- Garantir un accès équitable au dépôt des demandes d'AME dans toutes les agences départementales de l'Assurance maladie.
- Assurer l'accessibilité des guichets de l'assurance maladie pour le dépôt des premières demandes d'AME sans exigence de rendez-vous préalable.
- Mettre en place des dispositifs appropriés dans chacune des agences de l'Assurance maladie pour faciliter l'accès des personnes à l'information et favoriser leur autonomie dans les démarches (brochure d'information, interprétariat, renforcement de la formation des agent·e·s...).
- Garantir aux bénéficiaires de l'AME l'accès aux services numériques de l'Assurance maladie via la possibilité de créer un compte Ameli.
- Renforcer le réseau des Maisons France Services sans qu'il ne se substitue aux missions des opérateurs de service public de l'Assurance maladie.
- Poursuivre le développement de l'implantation locale des Maisons France Services sur l'ensemble du territoire pour répondre aux besoins d'accompagnement de proximité des usager·ère·s, notamment dans les zones rurales.
- Veiller à la qualité de la formation et du cadre d'emploi des agent·e·s d'accueil des Maisons France Services, et renforcer les capacités d'accompagnement des usager·ère·s, avec

<sup>17</sup> Article 4 du décret n°2005-860 du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'aide médicale de l'État

la création de postes de travailleur·euse·s sociaux·ales et de médiateur·rice·s numériques.

- **Harmoniser les modalités d'accueil et les périmètres d'intervention** des Maisons France Services pour garantir l'égalité d'accès de l'ensemble des usager·ère·s au service public.
- **Renforcer les relations partenariales entre les agent·e·s des Maisons France Services et les services des opérateur·rice·s de l'Assurance maladie.**
- **Garantir la pérennité du soutien financier** au réseau des Maisons France Services.

# UNE PROTECTION MALADIE VÉRITABLEMENT UNIVERSELLE ?

# 03

## UNE PROTECTION MALADIE VÉRITABLEMENT UNIVERSELLE ?

### LES POINTS ESSENTIELS

- Malgré la promesse d'universalité du système de santé français, l'accès à la protection maladie en France demeure inégal et semé d'obstacles, notamment pour les personnes précaires, étrangères ou sans titre de séjour.
- La complémentaire santé solidaire (C2S) reste encore trop méconnue : elle joue un rôle crucial pour les plus modestes, mais son manque de lisibilité, les effets de seuil et la complexité des démarches alimentent un fort taux de non-recours
- L'accès est fragilisé pour les personnes étrangères : la précarisation croissante du séjour, le durcissement législatif et les dysfonctionnements de la plateforme Administration numérique des étrangers en France (ANEF) entravent l'affiliation à l'Assurance maladie
- Un délai de carence et des restrictions injustifiées freinent l'accès aux soins des demandeur·euse·s d'asile, pourtant en situation de vulnérabilité sanitaire
- Les mineur·es non accompagné·es sont confronté·es à des difficultés d'accès à une protection maladie. Quand il·elles ne sont pas pris·es en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance, il·elles ne peuvent bénéficier que de l'AME qui en pratique demeure difficile à obtenir pour ces jeunes
- L'accès à l'Assurance maladie des Européen·ne·s précaires est freiné par une interprétation restrictive du droit au séjour, souvent en décalage avec les normes européennes
- L'accès à l'aide médicale de l'État (AME) est entravé par des critères cumulatifs, un seuil de ressources trop bas et des pratiques administratives dissuasives. Malgré l'ouverture de leurs droits, les bénéficiaires de l'AME sont encore exposé·es à des refus de soins, souvent liés à l'absence de carte vitale ou à une méconnaissance du dispositif par certain·es professionnel·le·s.

La « Protection universelle maladie », dite « PUMA », est entrée en vigueur en janvier 2016. Selon le ministère de la Santé, cette réforme « parachève la logique initiée par la couverture maladie universelle (CMU) de base en 1999, qui visait à ouvrir des droits à l'assurance maladie à toutes les personnes qui en étaient dépourvues. La PUMA garantit désormais à toute personne qui travaille ou réside en France un droit à la prise en charge des frais de santé, sans démarche particulière à accomplir »<sup>18</sup>. C'est cette promesse que ce chapitre entend questionner, en passant en revue les différents dispositifs de protection maladie de service public existants : l'Assurance maladie obligatoire, la complémentaire santé solidaire (C2S) et l'aide médicale de l'État (AME). Ils sont examinés à travers trois dimensions auxquelles la notion d'universalité peut renvoyer : l'étendue de la population couverte, la nature des risques protégés, et les conditions d'accès aux prestations (Borgetto, 2016). Auparavant, un détour historique s'impose pour appréhender les grandes évolutions du système de l'Assurance maladie et les logiques qui ont présidé leur mise en place.

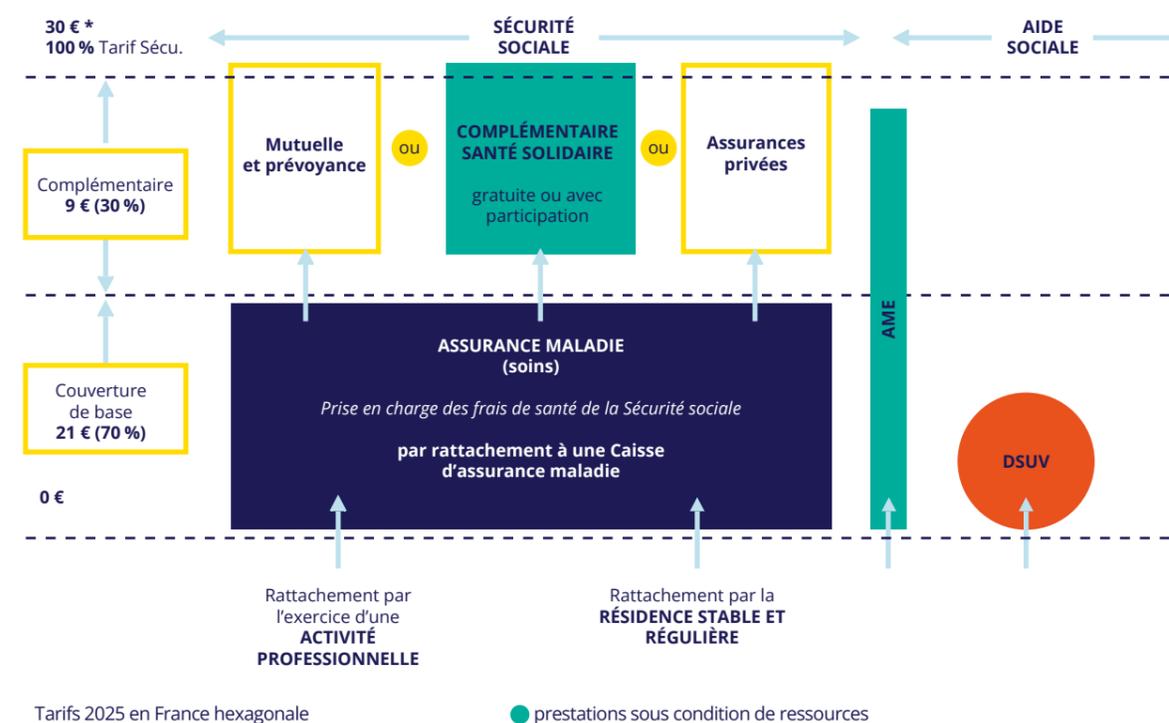
<sup>18</sup> Site du Ministère de la Santé « La mise en place de la Protection Universelle Maladie », Publié 10 octobre 2019, consultée le 28 avril 2025. Lien URL : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/securite-sociale/article/la-mise-en-place-de-la-protection-universelle-maladie>

### L'ORGANISATION GÉNÉRALE DES DISPOSITIFS DE PROTECTION MALADIE EN FRANCE

Le système de protection maladie en France repose principalement sur l'Assurance maladie obligatoire, une protection de droit commun accessible à toute personne qui réside en France avec un droit au séjour légal. Initialement accessible sur critère socioprofessionnel (versement d'une cotisation ou statut d'ayant-droit), elle a été élargie à un critère de résidence avec la réforme de la couverture maladie universelle (CMU) en 1999. Depuis lors, les personnes peuvent y accéder si elles résident de manière stable et régulière en France depuis au moins trois mois. La réforme PUMA (2016) a permis d'individualiser l'accès aux droits, en supprimant le statut d'ayant-droit pour les personnes majeures. Matérialisée par une carte vitale, elle permet le remboursement d'une partie des frais de santé (70% pour une consultation médicale chez un médecin généraliste de secteur 1, par exemple, soit 21 euros sur 30 euros en 2025). Le ticket modérateur est la partie des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré·e social·e une fois que l'Assurance maladie

obligatoire a remboursé sa part. L'affiliation à une **complémentaire santé** (mutuelle, institution de prévoyance ou assurance privée) peut permettre de rembourser en partie ou en totalité ce reste à charge<sup>19</sup>. L'État a mis en place une complémentaire de service public, la complémentaire santé solidaire (C2S), accessible à toute personne assurée sociale ayant des ressources inférieures à un certain plafond, inférieur au seuil de pauvreté. **L'aide médicale de l'État (AME)** est un dispositif d'aide sociale pour la prise en charge des frais de santé des personnes étrangères en situation administrative irrégulière depuis au moins 3 mois en France, sous condition de ressources. **Le dispositif soins urgents et vitaux (DSUV)** permet aux établissements de santé de facturer les soins urgents réalisés pour une personne en situation irrégulière mais non éligible à l'AME, ainsi qu'aux demandeur·euse·s d'asile présent·e·s en France depuis moins de trois mois.

FIGURE 11 - SCHÉMA SIMPLIFIÉ DU SYSTÈME FRANÇAIS DE PROTECTION MALADIE



\* Prix d'une consultation de médecine générale en libéral secteur 1 (tarif «sécurité sociale») Figure adaptée du guide pratique pour les professionnels de santé (COMEDE, 2023)

La promesse d'universalité était au cœur de la mise en place de la Sécurité sociale au sortir de la Seconde Guerre mondiale. Le programme du Conseil national de la résistance du 15 mars 1944 annonce ainsi « un plan complet de la Sécurité sociale, visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence dans tous les cas où ils sont incapables de se les procurer par le travail, avec gestion

appartenant aux représentant·e·s des intéressé·e·s et de l'État » (Conseil national de la résistance (CNR), 1944). C'est la qualité de travailleur·e·s ou de cotisant·e qui constitue le principal, sinon le seul critère d'accès, dans l'ordonnance de création de la Sécurité sociale en 1945. Le système repose sur une base socio-professionnelle : l'affiliation à l'Assurance maladie, et plus largement à la protection sociale,

<sup>19</sup> Cf. Chapitre 4 « Financement et gouvernance : perspectives pour une assurance maladie du XIX<sup>ème</sup> siècle » page 96

s'adresse aux salarié·e·s du secteur privé, et indirectement aux membres de leurs familles via le statut d'ayant droit, ce qui représentait environ 40 à 50 % de la population française de l'époque (Valat, 2001). À côté de ce régime assurantiel d'Assurance maladie, financé par la cotisation et destiné aux salarié·e·s, se maintient un système assistanciel, financé par l'impôt et adressé aux personnes les plus démunies. Le décret du 29 novembre 1953 transforme « l'assistance » en « aide sociale ». L'Assistance médicale gratuite (AMG), qui avait été mise en place à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle pour permettre l'accès aux soins des plus pauvres, est intégrée dans ce système d'aide sociale.

Le champ de l'Assurance maladie va progressivement s'étendre durant les décennies suivantes (Chadelat, 2012). Il s'élargit par l'intégration des travailleur·euse·s non salarié·e·s au régime général d'assurance maladie, ou par la création de régimes spéciaux, comme celui des travailleur·euse·s indépendant·e·s (artisan·e·s, commerçant·e·s) et des professions libérales en 1948, ou celui des agriculteur·rice·s en 1961. Il se déploie également auprès des personnes sans activité professionnelle, comme les étudiant·e·s (loi du 23 septembre 1948), ou les invalides, veuves et orphelins de

guerre (loi du 29 avril 1954). Les lois du 4 juillet 1975 et du 2 janvier 1978 marquent un nouveau jalon dans la généralisation de l'Assurance maladie obligatoire, notamment en permettant le rattachement à un régime des personnes qui ne pouvaient pas encore y prétendre et en assouplissant l'ouverture des droits.

Au tournant du XXI<sup>e</sup> siècle, l'extension de l'Assurance maladie va connaître une nouvelle étape décisive, avec la mise en place de la Couverture maladie universelle (CMU). L'ambition est de simplifier le système en fusionnant certains régimes spécifiques, et en permettant l'affiliation à l'Assurance maladie, indépendamment du statut socio-professionnel sur la base d'un critère de résidence stable et régulière sur le territoire. À côté de la mise en place de cette assurance de base (dite « CMU »), un volet complémentaire est mis en place pour les personnes les plus démunies. Cette couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) permet la prise en charge du ticket modérateur et des autres frais restant à la charge de l'assuré·e après remboursement par l'Assurance maladie obligatoire, qui couvre environ 74 % des dépenses de santé. La réforme de la PUMA, entrée en vigueur en 2016, s'inscrit dans cette lignée, en simplifiant les formalités

### QUAND LA RÉGULARITÉ DU SÉJOUR REDESSEINE LE PÉRIMÈTRE DE LA SOLIDARITÉ : UNE CONTRE-HISTOIRE DE L'ASSURANCE MALADIE

La généralisation progressive de l'accès à l'Assurance maladie sur le critère de résidence sur le territoire concerne les nationaux, mais reste limitée pour les personnes étrangères qui vivent sur le territoire. C'est une autre histoire qui se dessine quand on prête attention à l'évolution de leur accès à la prise en charge des frais de santé. Le développement de l'État social dans la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle est indissociable de la construction de l'État-Nation (Isidro, 2016). L'émergence des premières formes d'assistance sociale, qui s'adressent aux personnes les plus démunies, sont réservées aux seules personnes de nationalité française (Isidro & Math, 2024) : la loi de 1893 instaurant l'Aide médicale gratuite repose ainsi sur une condition de nationalité. L'exclusion des personnes étrangères sera progressivement levée dans les décennies suivantes via la signature d'accords internationaux, notamment des clauses de réciprocité prévues par les conventions passées avec les principaux pays de provenance. L'aide sociale instaurée en 1953 est ouverte aux personnes étrangères, mais l'accès à l'aide médicale gratuite exige une durée préalable de présence de trois ans sur le territoire. En matière d'assurance sociale, la référence à la nationalité est moins marquée : dans les lois sur les assurances sociales (1928-1930), comme dans l'ordonnance de 1945 créant la Sécurité sociale, c'est la figure du travailleur·euse cotisant·e qui prime, indépendamment de la régularité ou non de son séjour (Math, 2024). Le contexte de l'après-Seconde Guerre mondiale, marqué par la construction européenne et la montée en puissance des droits humains a conduit à une remise en cause progressive de la condition de nationalité dans l'accès aux prestations sociales (Isidro, 2024).

À partir des années 1970, les politiques de protection sociale sont de plus en plus mises au service des contrôles des flux migratoires (Izambert, 2018). Se forge la conviction au sommet de l'État qu'un haut niveau de protection sociale incite à l'immigration, malgré l'absence de données disponibles permettant de confirmer cette affirmation. L'introduction d'une condition de régularité de séjour va progressivement être mise en place pour restreindre l'accès des personnes étrangères en situation administrative irrégulière à certaines prestations sociales. Cette « préférence nationale déguisée » va être généralisée à l'ensemble du champ de la protection sociale par la loi Pasqua de 1993 (Isidro & Math, 2024). C'est une véritable rupture avec la logique du contrat assurantiel : une personne étrangère ne peut plus bénéficier des prestations de sécurité sociale si elle perd son titre de séjour, même si elle a auparavant cotisé. Seul l'accès à l'Aide médicale gratuite est maintenu, notamment dans une volonté de préservation de la santé publique, d'autant plus prégnante dans le contexte d'épidémie du VIH et de l'affaire du sang contaminé (Izambert, 2018). La loi CMU de 1999 manque l'universalité en confirmant l'exclusion des personnes étrangères en situation administrative irrégulière du champ de l'Assurance maladie (Izambert, 2019). Elle révèle le rétrécissement du principe de la solidarité sur un fondement nationaliste, niant les contributions sociales et économiques des personnes étrangères qui résident sur le territoire et qui font pleinement partie de la société française. Les personnes étrangères résidant habituellement en France mais sans droit au séjour sont cantonnées au dispositif résiduel de l'Aide médicale gratuite, qui devient l'Aide médicale de l'État (AME). Cette couverture « spéciale sans-papiers », accessible uniquement sous conditions de ressources, reste difficile d'accès en raison de nombreux obstacles administratifs.

administratives pour la majorité des assuré·e·s, en évitant les ruptures de droits associées aux changements de situation (perte d'emploi, déménagement, changement de régime professionnel ou de situation familiale). Se substituant à la CMU, elle introduit une nouvelle logique : chaque personne majeure résidant de façon stable et régulière sur le territoire national est désormais titulaire d'un droit propre à la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel. Le statut d'ayant droit disparaît ainsi pour les personnes majeures, assurant la personnalisation de la prise en charge des frais de santé (Chauchard, 2018). Toutefois, cette généralisation de l'accès à l'Assurance maladie reste inachevée dès lors qu'on s'intéresse à la situation des personnes étrangères : les conditions de séjour exigées limitent encore l'accès aux droits et remettent en question l'idée d'une solidarité vraiment universelle (cf. encart « Quand la régularité du séjour redessine le périmètre de la solidarité : une contre-histoire de l'Assurance maladie » p. 82).

**Les réformes de la CMU et de la PUMA ont constitué des avancées historiques indéniables dans la généralisation de l'Assurance maladie, en permettant son extension à une très grande partie de la population résidant sur le territoire. Néanmoins les ambitions d'universalité demeurent incomplètes. Au sein de l'Assurance maladie, l'inclusion des assuré·e·s reste fragile. En 2019, la fusion des dispositifs de complémentaire publique au sein de la complémentaire santé solidaire (C2S) a contribué à augmenter le niveau de couverture des personnes les plus modestes.** Néanmoins, l'empilement des dispositifs produit une grande complexité administrative, qui alimente un taux élevé de non-recours. Les effets de seuils entre les dispositifs sont parfois brutaux : une légère hausse de revenu peut entraîner la perte de la C2S, sans pour autant permettre d'en assumer le coût sur le marché privé. La méconnaissance des droits, la difficulté des démarches et l'absence de complémentaire santé d'entreprise pour certains publics (personnes en rupture d'emploi, retraité·e·s, étudiant·e·s, etc.) aggravent encore les inégalités d'accès à une couverture complète. L'accès à la protection maladie est par ailleurs de plus en plus difficile pour les personnes étrangères dans un contexte de précarisation toujours plus forte de l'accès au séjour, exacerbée par la généralisation de la dématérialisation des procédures d'accès au séjour. Les grand·e·s exclu·e·s de l'Assurance maladie restent les personnes étrangères en situation administrative irrégulière, cantonnées au dispositif d'aide sociale de l'AME dont le niveau de couverture est plus limité et l'accès effectif complexe, ou privées de toute couverture santé, quand elles dépassent le plafond de ressources.

### ASSURANCE MALADIE, LES FRAGILITÉS DE L'UNIVERSALITÉ : INCLUSION INACHEVÉE ET DYNAMIQUES D'EXCLUSION

Au sein de l'Assurance maladie, la promesse d'égal accès aux soins se heurte à la réalité d'inégalités persistantes. L'État a instauré une complémentaire publique, la Complémentaire santé solidaire (C2S), permettant d'augmenter le niveau de remboursement des soins pour les personnes les plus démunies qui n'ont pas les moyens de souscrire un contrat payant auprès d'un opérateur privé (mutuelles, institutions de prévoyance ou assurances santé). Néanmoins, la complexité

du dispositif rend peu lisible le système de remboursement et malgré plusieurs réformes, le remboursement des soins reste inégal. Les personnes étrangères en situation administrative précaire rencontrent des difficultés croissantes d'affiliation ou de maintien dans le droit, dans un contexte de précarisation croissante d'accès au séjour légal en France.

### LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE : UN LEVIER D'INCLUSION ESSENTIEL, MAIS ENCORE TROP MÉCONNU ET INSUFFISAMMENT LISIBLE

La complémentaire santé solidaire (C2S) a été mise en place en 2019. Elle résulte de la fusion de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), mise en place en 1999, et de l'Aide à la complémentaire santé (ACS), créée en 2005. Attribuée sous condition de ressources, la C2S est gratuite pour les personnes dont les revenus annuels sont inférieurs à 10 339 euros (soit 862 euros par mois pour une personne seule). Pour les personnes dont les ressources sont comprises entre ce seuil et 13 957 euros par an (1 163 euros par mois), elle est accessible moyennant une participation financière, plafonnée à 30 euros par mois. La C2S peut être gérée par l'Assurance maladie, la Mutualité sociale agricole (MSA), ou encore par un opérateur privé agréé (mutuelle, assurance santé, ou organisme de prévoyance). Les usager·ère·s de la C2S bénéficient du tiers-payant intégral, c'est-à-dire qu'ils n'avancent pas les frais pour leurs soins, ni pour la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, ni pour la part complémentaire. Les professionnel·le·s de santé conventionné·e·s en secteur 1 ou secteur 2 avec ou sans adhésion à l'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM), ne peuvent pas leur facturer de dépassements d'honoraires.

En 2024, la C2S couvre près de 7,7 millions de personnes (Direction de la Sécurité sociale, 2025). Elle bénéficie principalement à des publics précaires, avec une surreprésentation des femmes, des familles monoparentales, des jeunes, ainsi que des personnes âgées aux faibles ressources. La C2S est particulièrement présente dans les territoires marqués par la pauvreté, comme la Seine-Saint-Denis ou certains départements d'Outre-mer. Les bénéficiaires présentent souvent des états de santé dégradés, liés à des parcours professionnels marqués par la pénibilité, les accidents du travail ou les maladies chroniques (DREES et al., 2023). Beaucoup déclarent souffrir de douleurs persistantes, de limitations fonctionnelles ou de troubles psychiques, souvent aggravés par des situations de précarité.

Un certain nombre de réformes ont été mises en place ces dernières années, afin de poursuivre le mouvement de généralisation de la C2S. Depuis 2022, les allocataires du Revenu de solidarité active (RSA) en bénéficient automatiquement dès leur demande effectuée en ligne via la CAF, sauf opposition de leur part. Cette logique d'automatisme a été progressivement étendue à d'autres publics. Ainsi, à compter de juillet 2024, les bénéficiaires de l'Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), puis à partir de juillet 2025 ceux de l'Allocation adulte handicapé (AAH), bénéficient d'une présomption des droits à la C2S avec participation financière : ils n'ont plus à redéclarer leurs ressources. Cette mesure devrait être élargie en juillet 2026 aux bénéficiaires de l'Allocation de solidarité spécifique (ASS) vivant seul·e·s sans enfant à charge, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'Allocation du Contrat d'engagement jeune (CEJ) appartenant à un foyer fiscal non imposable. La couverture des usager·ère·s a connu une extension géographique, avec la mise en œuvre de la C2S à Mayotte au 1<sup>er</sup> janvier 2024. Il s'agit d'une avancée sociale

importante, qui aligne enfin ce dispositif sur un territoire marqué par une précarité importante et de fortes inégalités socio-économiques par rapport à l'Hexagone. Ces mesures contribuent à renforcer l'accès effectif à la complémentaire santé publique, en réduisant les freins administratifs et les risques de non-recours pour les publics les plus précaires. Enfin, le niveau de remboursement de certaines prestations s'est amélioré avec la réforme du 100 % santé, progressivement mise en place entre 2019 et 2021 pour l'ensemble des usager-ère-s de l'Assurance maladie, avec l'objectif de faciliter l'accès aux soins sans reste à charge en matière d'optique, de dentaire et d'audiologie. Pour chacun des trois secteurs, des « paniers de soins 100 % santé » sont définis : il s'agit d'une liste d'équipements (montures ou prothèses auditives numériques par exemple) ou d'actes standardisés (prothèses dentaires par exemple) qui sont proposés à des prix plafonnés, et sont intégralement remboursés par l'Assurance maladie obligatoire et la complémentaire. Selon les constats de la Cour des comptes, la réforme a permis de réduire le reste-à-charge pour certains soins, mais avec des résultats plus importants dans les secteurs de l'audiologie et du dentaire que dans l'optique (Cour des comptes, 2022). En outre, l'institution relève des pratiques des professionnelles qui contribuent à freiner l'application de la réforme, à travers l'absence de mise en place du tiers-payant intégral, c'est-à-dire de la dispense d'avance de frais, ainsi que des attitudes de dévalorisation du contenu des paniers auprès des usager-ère-s.

*Sur le terrain, nous accompagnons de nombreux travailleurs saisonniers agricoles en séjour régulier, souvent originaires d'Amérique latine et du Maghreb. La majorité sont des hommes, mais nous rencontrons aussi des femmes, parfois avec enfants. Ces travailleur-eus-s sont hébergé-e-s dans des logements précaires ou en mobil-homes près des exploitations. Beaucoup travaillent en contrat court (quelques jours ou quelques semaines) ou à la tâche, dans les champs de fraises et melons, les vignes, les vergers ou les serres, avec de très faibles revenus et une forte instabilité administrative.*

*Malgré leur affiliation à l'Assurance maladie, la plupart restent sans complémentaire santé. Beaucoup ne connaissent tout simplement pas l'existence de la Complémentaire santé solidaire (C2S), ou bien pensent qu'elle n'est pas faite pour eux. Cette méconnaissance est renforcée par des barrières linguistiques, la complexité des démarches administratives, un manque d'accompagnement, mais aussi l'existence d'intermédiaires qui effectuent les démarches administratives des travailleur-euse-s contre rémunération et sans les informer de leurs droits. Certaines personnes tentent de souscrire une mutuelle privée, avec des cotisations élevées (jusqu'à 100 € par mois), alors qu'elles pourraient bénéficier de la C2S gratuitement ou à faible coût. Mais même lorsqu'elles y sont éligibles, des obstacles persistent : transfert de dossier entre MSA et CPAM [la MSA est l'organisme de sécurité sociale chargée d'assurer la protection maladie des travailleur-euse-s du secteur agricole], changement de département, absence de domiciliation, ou tout simplement incapacité à obtenir un rendez-vous avec un conseiller faute d'interprétariat. Nous avons vu des situations où une demande de C2S est restée bloquée plusieurs mois, car les caisses se renvoyaient la balle sur la caisse compétente.*

*D'autres n'ont pas pu finaliser leur demande, faute de comprendre les documents demandés ou parce que leur compte en ligne était inaccessible. Et certaines femmes ont dû renoncer à des soins gynécologiques, faute d'avoir une complémentaire active.*

**Équipe MdM, Languedoc-Roussillon, 2024**

Malgré l'ensemble de ces avancées, **la Complémentaire santé solidaire peine encore à réaliser pleinement son ambition d'universalité. En matière de couverture de la population, le dispositif souffre d'un taux important de non-recours : selon les dernières données disponibles, seulement 56 % des personnes éligibles ont effectivement ouvert leurs droits au dispositif** (Direction de la Sécurité sociale, 2025). Selon le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE), malgré d'importantes campagnes de communication et le renforcement des dispositifs d'information des services de l'Assurance maladie à destination des plus précaires, le dispositif demeure méconnu, mal connu, ou non sollicité. En cause, la complexité des démarches et de l'empilement des dispositifs qui nuit à leur lisibilité (CNLE, 2024). Les refus de soins que subissent les personnes bénéficiaires de la C2S, peuvent également expliquer le phénomène de renoncement aux soins et le taux de non-recours important du dispositif (Institut des politiques publiques – IPP, 2023). En outre, le plafond de ressources qui conditionne l'accès à la complémentaire santé solidaire reste en dessous du seuil de pauvreté, ce qui limite son caractère réellement protecteur. Selon les dernières données disponibles, en 2022 le seuil de pauvreté en France est fixé à 1 216 euros par mois (60 % du revenu médian) (INSEE, 2024). La même année, pour être éligible à la C2S avec participation financière, une personne seule devait percevoir en moyenne moins de 1 035 euros par mois. De nombreuses personnes ou ménages légèrement au-dessus du plafond ne peuvent donc pas bénéficier de la C2S, et doivent se tourner vers une complémentaire privée, souvent coûteuse au regard de leur capacité financière. Enfin, l'opacité des informations disponibles et la multiplicité des acteur-ric-e-s habilité-e-s à gérer la C2S (Assurance maladie, Mutualité sociale agricole et opérateurs privés agréés) entretiennent la confusion chez les usager-ère-s.

#### DES DIFFICULTÉS CROISSANTES D'ACCÈS POUR LES PERSONNES ÉTRANGÈRES DANS UN CONTEXTE DE PRÉCARISATION DE L'ACCÈS AU SÉJOUR

La montée en puissance du critère de régularité de séjour pour l'accès à l'Assurance maladie dans les dernières décennies fragilise tout particulièrement les personnes étrangères en situation administrative précaire. Elles rencontrent de plus en plus de difficultés d'affiliation ou de maintien à l'Assurance maladie, dans un contexte de précarisation croissante d'accès au séjour légal en France (Math, 2019, 2024). Les résultats de l'enquête ELIPA 2 du ministère de l'Intérieur sont particulièrement révélateurs (ministère de l'Intérieur, Direction générale des étrangers en France, 2024). En 2018, la durée moyenne de présence en France, avant l'obtention d'un premier titre de séjour, est de quatre ans et six mois, ce qui retarde d'autant leur possibilité d'affiliation à l'Assurance maladie. En outre, les personnes étrangères sont fréquemment renvoyées à l'irrégularité, après une période en situation régulière, avec l'accroissement des entraves au renouvellement des autorisations de travail et de séjour : 56 % des primo-arrivant-e-s ont connu une période de rupture de droits au séjour entre 2019 et 2022, ce qui peut entraîner des ruptures d'affiliation à l'Assurance

maladie. Cette situation s'empire avec la multiplication des lois qui durcissent les conditions d'entrée au séjour depuis les années 1990. La dernière en date, la loi Immigration, Intégration, Asile du 26 janvier 2024, durcit encore les conditions d'accès au séjour légal. Par ailleurs, le déploiement du téléservice Administration numérique des étranger-ère-s en France (ANEF) suscite de nombreuses difficultés pour réaliser les démarches d'admission ou de renouvellement de demande de séjour en ligne (Fédération des acteurs de la solidarité, 2024). Cette partie met en évidence les difficultés auxquelles sont confrontées certains publics spécifiques, sur la base des observations menées lors de nos actions d'accueil et d'accompagnement.

#### Visas D, attestations ANEF : des personnes privées de couverture santé pendant leurs premiers mois d'installation en France

Médecins du Monde constate des difficultés de plus en plus importantes d'accès aux dispositifs de protection maladie pour certaines personnes étrangères que l'association accompagne, notamment celles titulaires d'un visa long séjour (visa D)<sup>20</sup> ou d'une attestation de prolongation d'instruction. Ces personnes, en attente de régularisation, rencontrent de nombreux obstacles lorsqu'elles tentent d'ouvrir leurs droits à l'Assurance maladie. Ces difficultés reposent sur deux problèmes étroitement liés.

D'une part, certains consulats délivrent un simple visa long séjour (visa D), sans la mention « valant titre de séjour » (VLS-TS). Or, seul le VLS-TS, une fois validée en ligne après l'arrivée, permet d'ouvrir des droits à l'Assurance maladie. Les personnes concernées doivent donc attendre l'obtention d'un titre de séjour – une procédure qui prend plusieurs mois – pour pouvoir s'affilier, restant entre-temps sans aucune couverture santé.

*À Paris, nous avons reçu et accompagné Mme C, de nationalité bangladaise, qui est arrivée en France le 12 octobre 2022 pour rejoindre son conjoint, détenteur d'un titre de séjour sur le territoire. Elle est autorisée à s'installer en France au titre du regroupement familial, et bénéficiaire d'un visa d'immigration long séjour (D) avec la mention « carte de séjour à solliciter ». Selon la loi, elle est donc éligible de plein droit à l'Assurance maladie sur critère de résidence stable et régulière [article L.161-1 du Code de la Sécurité sociale], dès son arrivée sur le territoire [article D.160-2 CSS]. Pourtant, sa demande d'ouverture de droits à l'Assurance maladie en date du 9 novembre 2022 lui a été refusée au motif que son visa ne figure pas sur la liste des titres de séjour prévus par la réglementation. Les démarches qu'elle a menées dès son arrivée sur le territoire auprès de la préfecture pour solliciter son titre de séjour ont fini par aboutir par l'obtention d'un récépissé de demande de titre de séjour valide à partir du 11 janvier 2023, qui lui ont permis d'ouvrir ses droits à l'Assurance maladie. Néanmoins, les soins relatifs à sa grossesse et à son accouchement qu'elle a reçus aux mois d'octobre et décembre 2022 pour un montant de*

*plus de 5 000 euros ont fait l'objet d'un refus de prise en charge, aussi bien par l'Assurance maladie que par les dispositifs subsidiaires de l'AME et du DSUV. Cet endettement auprès de l'hôpital fragilise durablement la situation de la famille.*

**Équipe MdM, Île-de-France, 2024**

D'autre part, depuis le déploiement de la plateforme ANEF<sup>21</sup> en 2020, les récépissés de demande de titre de séjour ont été progressivement remplacés par de nouvelles attestations – comme l'attestation de prolongation d'instruction ou l'attestation de décision favorable. Or, contrairement aux récépissés qu'elles remplacent, ces attestations ne sont pas reconnues par les caisses primaires d'Assurance maladie (CPAM) pour l'ouverture de droits. La Caisse nationale d'Assurance maladie (CNAM) a en effet diffusé des consignes internes aux CPAM leur demandant de refuser l'affiliation à l'Assurance maladie des personnes présentant une attestation de prolongation d'instruction dans le cadre d'une première demande de titre de séjour. Cette position va à l'encontre des dispositions réglementaires en vigueur, notamment celles prévues par l'arrêté du 10 mai 2017<sup>22</sup>.

Ces deux situations ont pour conséquence une exclusion temporaire mais totale de toute forme de protection maladie. Les personnes concernées ne peuvent pas accéder à l'Assurance maladie, mais n'ont pas non plus droit à l'aide médicale de l'État (AME) ou au dispositif soins urgents et vitaux (DSUV), réservés aux personnes en situation irrégulière. Elles se retrouvent ainsi dans une zone grise administratives : elles sont « trop régulières » pour ces dispositifs, mais « pas assez » pour l'Assurance maladie. Faute de prise en charge, elles doivent renoncer ou retarder leurs soins, ou payer elles-mêmes des frais médicaux souvent inabordables, au risque de s'endetter lourdement.

#### Les restrictions croissantes d'accès à l'Assurance maladie pour les demandeur-euse-s d'asile

L'asile est une protection juridique accordée par un État à un-e ressortissant-e d'un autre État, ou à une personne apatride, qui est persécuté-e ou craint de l'être dans son pays d'origine, et qui ne peut pas bénéficier de la protection des autorités de ce pays. Le droit d'asile est défini par la Convention de Genève de 1951 relative au statut des réfugié-e-s. Il est garanti par la Constitution française et par le droit de l'Union européenne. Une personne qui sollicite la protection des autorités françaises devient demandeur-euse d'asile : elle bénéficie de ce statut pendant la période d'instruction de sa demande, durant laquelle elle est en situation administrative régulière sur le territoire. À ce titre, elle relève de l'Assurance maladie, sur la base du critère de résidence sur le territoire : elle peut s'affilier à l'Assurance maladie obligatoire, ainsi qu'à la complémentaire santé solidaire sous conditions de ressources.

Néanmoins, ce droit à l'Assurance maladie connaît des restrictions ces dernières années qui ont un impact sur l'accès à une couverture santé et à l'effectivité des soins. Beaucoup de demandeur-euse-s d'asile s'adressent à des associations

<sup>20</sup> Le visa de long séjour (visa D) est délivré pour les séjours en France d'une durée supérieure à 3 mois, à des personnes autorisées à s'installer durablement sur le territoire, notamment dans le cadre du regroupement familial, pour les étudiant-e-s internationaux-ales, les conjoint-e-s de Français-es ou encore les travailleur-euses étranger-ère-s sous contrat.

<sup>21</sup> L'Administration numérique des étrangers en France (ANEF) est une plateforme dématérialisée de gestion de titres de séjour

<sup>22</sup> Alinéa 20° de l'arrêté ministériel du 10 mai 2017. Cette disposition s'inscrit dans la continuité de la circulaire ministérielle DSS/2A/DAS/DPM 2000-239 du 3 mai 2000 issue de la réforme CMU de 1999, mais de façon plus restrictive

<sup>23</sup> Décret n°2017-519 du 10 avril 2017

pour les aider dans leurs démarches. En 2024, plus de trois personnes sur dix accompagnées par Médecins du Monde sont en demande d'asile (32,4 %).

Depuis 2017, les personnes demandeuses d'asile ne peuvent obtenir ni carte vitale, ni compte Ameli pendant l'instruction de leur demande d'asile<sup>23</sup>. À la place, elles disposent d'une simple attestation de droit à l'assurance maladie (papier), occasionnant des difficultés d'accès effectif aux soins, notamment en compliquant la reconnaissance de leurs droits par les professionnel-le-s de santé et l'accès au tiers-payant (exonération de l'avance de frais). Dernier exemple en date : l'adoption d'un avenant à la convention des audioprothésistes avec l'Assurance maladie depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2025<sup>24</sup>. Ce dernier prévoit des mesures de « lutte contre la fraude » dans le secteur des aides auditives, avec l'obligation pour les assuré-e-s sociaux de présenter leur carte vitale pour bénéficier du tiers-payant au moment de la délivrance de leurs aides auditives. En l'absence de carte vitale, les demandeur-euse-s d'asile se voient donc privé-e-s du tiers-payant, et sont contraintes d'avancer des frais qui peuvent s'élever à plusieurs centaines d'euros – ou à renoncer à ces soins faute des moyens financiers nécessaires. Le refus du tiers-payant relève pourtant du refus de soins caractérisé.

*J'ai accompagné une personne demandeuse d'asile, affiliée à l'Assurance maladie obligatoire et à la complémentaire santé solidaire, vers un audioprothésiste pour un appareil auditif, à la suite de la prescription d'un médecin. Le professionnel a refusé de réaliser le tiers-payant, en raison de la nouvelle convention, et a demandé à la personne d'avancer les frais qui s'élevaient à hauteur de 1 600 euros. C'est une somme beaucoup trop importante pour que la personne accompagnée puisse la prendre en charge ! Je l'ai donc orientée vers un dispositif solidaire pour qu'elle ait accès à un appareil reconconditionné.*

**Équipe MdM, Bordeaux, 2024**

Par ailleurs, en 2019 une réforme a introduit un délai de carence de trois mois pour l'accès des personnes demandeuses d'asile à l'Assurance maladie<sup>25</sup>. Avant la réforme, elles pouvaient avoir accès une couverture santé dès l'enregistrement de leur demande d'asile auprès du guichet unique pour les demandeur-euse-s d'asile (GUDA). Désormais, pendant ces trois mois, les personnes concernées ne peuvent bénéficier d'aucune prise en charge de leurs frais de santé, à l'exception des soins urgents et vitaux dispensés à l'hôpital dans un cadre très restreint. Or, ce dispositif (DSUV) est peu connu, complexe à mobiliser, et souvent mal appliqué sur le terrain. Depuis l'entrée en vigueur de cette mesure, Médecins du Monde constate ses conséquences délétères, tant pour les personnes elles-mêmes que pour les professionnel-le-s chargé-e-s de les accompagner (*Médecins du Monde, 2021*). L'accès aux soins est ainsi largement entravé au moment même où il est le plus nécessaire, en particulier pour des personnes souvent en grande vulnérabilité. Une étude menée auprès de la structure chargée de l'accueil des demandeur-euse-s d'asile à Marseille (*Khouani et al., 2022*) montre que 66 % des personnes demandeuses d'asile primo-arrivantes présentent au moins un trouble somatique ou physique, et qu'une personne sur deux vit à la rue au moment de l'évaluation. Selon une autre étude portant sur les violences sexuelles

subies par 273 femmes demandeuses d'asile, 26 % d'entre elles déclarent avoir été victimes de violences sexuelles au cours de leurs derniers mois passés en France, et 75 % avant leur entrée sur le territoire. En France, leur risque d'être victimes de viol est 18 fois supérieur à celui des femmes de la population générale (*Khouani et al., 2023*).

Ces données confirment l'importance d'un accès immédiat aux soins pour les demandeur-euse-s d'asile, dont la santé est gravement affectée par des parcours migratoires violents, des conditions de vie précaires, et une insécurité permanente à l'arrivée. Pourtant la réforme de 2019 a conduit à une augmentation des retards ou renoncements aux soins. Même au-delà du délai de carence, l'ouverture effective des droits reste souvent problématique, en raison d'une méconnaissance des procédures, d'un manque d'accompagnement social, ou de blocages administratifs persistants.

*À Toulouse, nous avons vu le nombre de personnes demandeuses d'asile se présenter à Médecins du Monde augmenter fortement après l'introduction du délai de carence pour l'affiliation à l'Assurance maladie, ce qui révèle l'ampleur des difficultés qu'elles rencontrent pour accéder aux droits et aux soins dans les dispositifs de droit commun. En 2019, elles représentaient environ la moitié des personnes qu'on recevait, en 2023, 66 %, et en 2024, 64 %. Beaucoup se présentent à nous sans droits ouverts, et avec des problèmes de santé importants. Nous avons reçu plusieurs personnes atteintes de cancer qui n'ont pas accès aux soins nécessaires en l'absence de couverture maladie, pas même auprès de la Permanence d'accès aux soins de santé qui n'a pas le budget nécessaire pour assurer la prise en charge financière des traitements. Nous avons également reçu une personne atteinte d'un diabète insulinodépendant, dont nous avons dû assurer l'accès à l'insuline en l'absence de solutions disponibles dans les dispositifs de droit commun existant.*

**Équipe MdM, Toulouse, 2024**

*En 2024, la Guyane a connu une hausse importante du nombre de demandes d'asile, avec 8700 dossiers enregistrés, soit une augmentation de 36 % par rapport à 2023. Faute d'adaptation des moyens de l'État, le délai d'enregistrement des demandes s'est considérablement allongé, atteignant parfois plus d'un an. La législation est pourtant claire et indique que cet enregistrement doit être effectué en 10 jours maximum en cas de tension due à un flux d'arrivées plus important. Durant cette période d'attente, les personnes ne bénéficient d'aucun dispositif prévu pour l'accueil des demandeurs d'asile : ni hébergement, ni allocation, ni accès à la couverture de base de l'Assurance maladie ou à la complémentaire santé solidaire. Elles sont contraintes de solliciter l'aide médicale d'État, puis une fois leur demande d'asile enregistrée, d'entamer de nouvelles démarches pour accéder à l'Assurance maladie. Ce va-et-vient administratif entraîne des ruptures dans leurs parcours de soins, aggravées par les délais de carence imposés dans les deux dispositifs.*

**Équipe MdM, Cayenne, 2024**

### Les mineur-e-s non accompagné-e-s privé-e-s d'Assurance maladie

Le terme de « mineur-e non accompagné-e » (MNA) désigne un-e enfant ou un-e adolescent-e âgé-e de moins de 18 ans, dépourvu-e de représentant-e légal-e sur le territoire français, souvent arrivé-e seul-e après un parcours migratoire en général long, éprouvant et dangereux. En vertu de la Convention internationale relative aux droits de l'enfant, la France s'est engagée à protéger tout enfant privé de son milieu familial, sans considération de nationalité ou d'origine. Le dispositif juridique français de protection de l'enfance est applicable à tout mineur en danger, sans condition de nationalité. Ainsi, le droit français prévoit que les MNA soient pris en charge par l'Aide sociale à l'enfance (ASE), compétence des conseils départementaux. Ces derniers doivent organiser une mise à l'abri immédiate, le temps de procéder à une évaluation de leur situation durant laquelle le-la jeune est considéré-e comme « MNA en cours d'évaluation ». Celle-ci conduit soit à une reconnaissance de la minorité et de l'isolement, qui entraîne une prise en charge par l'ASE, ou à une non-reconnaissance, qui aboutit à un refus de prise en charge. Dans ce cas, le-la jeune peut saisir le-la juge des enfants pour contester la décision, période durant laquelle il-elle est considéré-e comme « mineur-e en recours »<sup>26</sup>.

L'accès aux dispositifs de protection maladie pour les MNA est complexe et repose sur plusieurs textes réglementaires. La circulaire du 8 juin 2011 prévoit leur affiliation à l'Assurance maladie dès lors qu'ils ou elles « relèvent de l'ASE »<sup>27</sup>, notion floue puisque par définition tous les MNA relèvent de l'ASE. Par la suite, d'autres textes sont venus préciser l'accès des MNA à une protection maladie<sup>28</sup>.

Dans les faits, seule l'ASE peut solliciter l'ouverture des droits à l'Assurance maladie auprès de la CPAM. Par conséquent, seul-es les MNA pris en charge et donc reconnu-es comme tel-les par l'ASE peuvent bénéficier d'une ouverture de droits à l'Assurance maladie. Les autres - en cours d'évaluation ou non reconnu-es comme tels par l'ASE - ne peuvent accéder qu'à l'AME, dispositif pourtant destiné aux personnes étrangères en situation irrégulière. Des modalités spécifiques sont toutefois prévues. D'une part, les conditions de durée minimale de présence sur le territoire et de ressources, qui s'appliquent aux personnes majeures, ne sont pas opposables aux MNA. D'autre part, l'obligation de dépôt physique du dossier de première demande, instaurée en 2019, ne s'applique pas non plus aux mineur-es. Ce système crée donc une inégalité de traitement entre les MNA reconnue-es par l'ASE (bénéficiaire de l'Assurance maladie) et les autres (relevant de l'AME), au motif qu'un doute subsiste sur leur âge.

Par ailleurs, les MNA en cours d'évaluation ont théoriquement droit à l'AME. En pratique, cet accès reste marginal : rares sont les départements où les services d'accueil engagent cette demande. Beaucoup de jeunes se retrouvent donc sans aucune couverture santé, notamment après une sortie des dispositifs de mise à l'abri à la suite d'un refus de prise en charge. À Paris, une enquête menée entre octobre et

novembre 2023 auprès de MNA dits « en recours » révèle que 95 % d'entre eux déclaraient ne bénéficier d'aucune couverture maladie (*Action contre la faim et al., 2024*). Les obstacles observés par Médecins du Monde sont multiples. Nous observons de nombreuses situations de refus d'ouverture des droits à l'AME pour des MNA non pris en charge, par méconnaissance et/ou par l'exigence illégale d'un délai de 3 mois de présence sur le territoire. Par ailleurs, l'ouverture des droits nécessite une adresse. Or, la plupart des MNA non pris-es en charge par l'ASE ne disposent d'aucun domicile et doivent donc présenter une attestation de domiciliation administrative<sup>29</sup>. L'obtention de ce document s'avère souvent difficile, en raison à la fois de la saturation des dispositifs et de pratiques illégales de certains CCAS ou organismes agréés, qui refusent de domicilier ces jeunes au motif de leur minorité et de leur isolement, et donc de l'absence de représentant-e légal-e. L'un des autres obstacles à l'ouverture des droits AME pour les MNA réside aussi dans l'exigence de produire un justificatif d'identité dont ces dernier-es sont souvent dépourvu-es à leur arrivée sur le territoire. Bien que les textes prévoient expressément la possibilité pour un-e professionnel-le de santé ou une association les accompagnant de produire une attestation d'identité pouvant faire foi, il n'est pas rare que l'assurance maladie refuse de prendre en compte ce document ou exige abusivement un document d'identité avec photo.

L'accès à une couverture maladie pour les MNA est d'autant plus problématique pour les jeunes ayant saisi le juge des enfants après un refus de l'ASE afin de faire reconnaître leur droit à une protection. Pourtant, le Comité des droits de l'enfant des Nations unies rappelle régulièrement que ces jeunes doivent bénéficier du principe de présomption de minorité<sup>30</sup>. Ainsi, tant qu'aucune décision judiciaire définitive n'est rendue, ces jeunes doivent être considéré-e-s comme mineur-e-s et doivent donc bénéficier sans délai de l'Assurance maladie.

*À Saint-Denis, nous avons eu l'occasion d'accompagner le jeune A, mineur non accompagné sur le territoire âgé de 16 ans. Il était en attente d'une audience auprès du juge des enfants à la suite d'un refus de prise en charge notifié par l'ASE quand il s'est présenté pour la première fois au Caso. Quand nous l'avons rencontré, ce dernier bénéficiait d'un suivi pour une pathologie nécessitant un suivi médical au sein d'un hôpital parisien, ne disposait pas de l'Aide Médicale d'Etat (AME) et n'avait jamais été informé au moment de l'évaluation de sa minorité de la possibilité de solliciter cette couverture maladie en cas de refus de prise en charge. Contacté par les équipes de MdM, le service social de l'hôpital a d'abord refusé de constituer une demande AME avec le jeune homme au motif que ce dernier "n'est pas considéré officiellement mineur et ne peut donc constituer une AME, seul et sans tuteur légal". Malgré plusieurs rappels du cadre légal applicable, le service social refusera de constituer cette demande et les équipes de MdM finiront par constituer la demande AME avec le jeune A. auprès de la CPAM.*

<sup>26</sup> Si cette expression « mineur.e en recours » est aujourd'hui couramment utilisée par les jeunes eux-mêmes, les associations et collectifs les accompagnant ou encore les autorités locales et nationales responsables de leur protection, en réalité il ne s'agit pas d'une voie de recours mais d'une saisine directe du juge des enfants, qui peut intervenir à tout moment de la procédure.

<sup>27</sup> Circulaire du 8 juin 2011

<sup>28</sup> Note d'information interministérielle du 26 avril 2022, Note d'information interministérielle du 18 novembre 2022, Circulaire CNAM du 20 janvier 2023

<sup>29</sup> Cf. supra « la domiciliation: une adresse administrative indispensable mais difficile à obtenir »

<sup>30</sup> Décision S.E.M.A c. France du 25 janvier 2023, CRC/C/92/D/130/2020, Décision U.A c. France (21 mai 2024, CRC/C/96/D/132/2020)

*Pendant l'instruction de cette demande qui durera plusieurs mois, A. sera finalement reconnu mineur par le juge des enfants et obtiendra son affiliation à l'assurance maladie générale, après plus de deux ans en France sans couverture maladie »*

**Équipe MdM, Saint-Denis, 2025**

*À Nantes, nous accompagnons des mineur-e-s isolé-e-s, sans représentant-e légal-e, souvent arrivé-e-s après un parcours migratoire long, dangereux et marqué par des ruptures de soins. Ces jeunes, en recours judiciaire suite à un refus de reconnaissance de leur minorité par l'Aide sociale à l'enfance (ASE), doivent être présumé-e-s mineur-e-s jusqu'à ce qu'un-e juge statue sur la situation. En théorie, les MNA non reconnu-e-s peuvent accéder à l'Aide médicale d'État (AME) selon des modalités spécifiques, sans condition de durée de séjour ni exigence de ressources. Mais en pratique, nous faisons souvent face à des refus ou à des blocages administratifs importants. La CPAM de Nantes rejette ou met en attente de nombreux dossiers pourtant complets et conformes aux critères prévus pour les MNA en recours. Régulièrement, des agent-e-s exigent illégalement la preuve de trois mois de présence sur le territoire et des justificatifs de ressources. Il arrive aussi fréquemment que les attestations de suivi fournies par Médecins du Monde soient en premier lieu refusées, et que des pièces d'état civil soient exigées pour compléter le dossier de demande d'AME. Une autre difficulté concerne l'édition de cartes AME qui, pour certaines personnes, a pu prendre jusqu'à six mois de retard en 2024 – alors que les droits AME sont ouverts pour un an. Ces pratiques, contraires aux instructions nationales, témoignent d'une méconnaissance du cadre légal qui s'applique à ce public spécifique. Pour chaque situation, les jeunes concernés sont accompagnés par l'équipe de Médecins du Monde dans leurs démarches. Sans cet accompagnement, nombre d'entre eux ne pourraient pas bénéficier de ces droits et seraient en grande difficulté pour accéder aux soins.*

**Équipe MdM, Nantes, 2025**

### Les ressortissant-e-s européen-ne-s précaires, beaucoup trop souvent exclu-e-s de l'Assurance maladie

Depuis plusieurs années, les ressortissant-e-s de l'Union européenne vivant en situation de précarité en France rencontrent de nombreux obstacles pour accéder de manière effective à une protection maladie. Ces difficultés résultent principalement d'une interprétation et d'une application restrictives par l'Assurance maladie du droit au séjour européen, ainsi que de pratiques irrégulières de renvoi vers les mécanismes de coordination de Sécurité sociale européens – c'est-à-dire vers une prise en charge supposément assurée par un autre État membre de l'UE.

Conformément au droit européen, les personnes ressortissantes de l'UE bénéficient de la liberté de circulation durant les 90 premiers jours de leur séjour en France, ainsi que d'un accès immédiat au marché du travail. Passé le délai de

90 jours, elles peuvent être considérées en séjour régulier si elles remplissent certaines conditions : exercer une activité professionnelle déclarée, disposer de ressources suffisantes, ou relever de situations particulières. Dans ce cas, elles sont affiliées au régime général de l'assurance maladie. En l'absence de ces conditions, elles sont considérées en séjour irrégulier, et relèvent de l'AME. Il convient de rappeler que les ressortissant-e-s de l'UE ne sont pas tenu-e-s de détenir un titre de séjour. L'appréciation de leur droit au séjour s'effectue lors de la demande d'une prestation sociale, ce qui confère aux CPAM la responsabilité de cette évaluation.

Or, les règles européennes relatives au droit au séjour sont complexes, mal connues tant des administrations que des personnes concernées ou des structures qui les accompagnent. En outre, elles sont insuffisamment transposées en droit français, ce qui complique leur application. Ainsi, les services de l'Assurance maladie ont tendance à assimiler l'absence d'emploi ou de ressources à une situation administrative irrégulière, en contradiction avec le droit européen, qui reconnaît la légalité du séjour dans plusieurs cas. Il prévoit en effet que certain-e-s ressortissant-e-s européen-ne-s peuvent résider en séjour légal sur le sol français, y compris sans ressources, ni emploi (DIHAL, 2020). C'est le cas, par exemple, des personnes ayant exercé une activité en France et qui se trouvent en incapacité de travail après une maladie ou un accident ou encore des personnes entrées en France dans le but d'y chercher un emploi et inscrites à France Travail. Un droit au séjour spécifique est également prévu pour les membres de famille d'un-e ressortissant-e européen-ne en situation administrative régulière au regard du séjour, pour les parents d'enfants scolarisés en France ayant exercé un emploi, ou encore de ressortissant-e européen-ne qui peuvent justifier de cinq ans de séjour régulier et ininterrompu sur le territoire. Malgré ces dispositions, l'Assurance maladie refuse souvent l'affiliation de ces personnes, les orientant à tort vers l'AME.

Le fonctionnement du Centre des ressortissants européens inactifs communautaires (CREIC) cristallise une partie de ces difficultés. Ce service national de l'Assurance maladie est censé intervenir en appui des CPAM pour les cas les plus complexes concernant les personnes dites « inactives », c'est à dire n'ayant pas exercé ou n'exerçant pas d'activité professionnelle en France. En pratique, les CPAM y recourent souvent, même pour des situations qui ne l'exigent pas nécessairement, entraînant des délais supplémentaires et des blocages injustifiés. Le CREIC lui-même est difficilement joignable et interprète souvent le droit de manière excessivement restrictive, conduisant à des refus d'affiliation injustifiés. Cela concerne par exemple les conjoint-es de citoyen-ne-s de l'UE en situation régulière – pourtant titulaires d'un droit au séjour selon les textes européens – qui se voient souvent réorientés de manière abusive vers l'AME par les CPAM.

Les équipes de Médecins du Monde relèvent également que le manque de lisibilité et les délais liés à la procédure CREIC sont des obstacles importants. Ces difficultés se sont accentuées avec le lancement, en 2025, d'un téléservice, dit CREIC, par l'Assurance maladie pour instruire les dossiers

de demande d'affiliation des ressortissant-e-s européen-ne-s de l'UE, dits inactif-ve-s. Loin de simplifier les démarches, ce dispositif accentue les difficultés pour les personnes précaires ayant pas ou peu accès au numérique, et ne permet pas d'associer les membres de la famille au droit au séjour du-de la ressortissant-e principal-e, ce qui est pourtant fondamental pour l'ouverture des droits.

Enfin, les CPAM exigent parfois une preuve d'absence de droits ouverts dans le pays d'origine européen avant de procéder à l'affiliation. Cette exigence, qui retarde inutilement l'ouverture de droits, n'est pas fondée réglementairement : une simple déclaration sur l'honneur ou le Cerfa « Recherche de droits ressortissants européens inactifs » devrait suffire<sup>31</sup>.

*Au sein du projet bidonvilles, nous avons accompagné Madame A, de nationalité roumaine et en couple depuis plusieurs années avec Monsieur S, également de nationalité roumaine. Le couple vit ensemble sur un bidonville en Seine-Saint-Denis. Monsieur est en situation régulière en France et, à ce titre, est affilié à l'Assurance maladie et bénéficie d'une carte vitale. En décembre 2023, Mme effectue une demande d'affiliation en sa qualité de membre de famille d'un citoyen européen bénéficiant d'un droit au séjour. Afin de justifier leur vie familiale Madame produit un certain nombre de justificatifs, y compris le certificat de naissance de l'enfant du couple et une attestation sur l'honneur de vie commune. Trois mois après l'envoi de cette demande, et la saisine du CREIC par l'Assurance maladie, la CPAM adresse un courrier à Madame l'informant de son absence de ressources suffisantes pour prétendre à son affiliation. Elle l'invite à effectuer une demande d'AME, refusant ainsi de reconnaître son droit au séjour en sa qualité de membre de famille d'un citoyen européen en séjour régulier.*

**Équipe MdM, Saint-Denis, 2025**

### Mayotte, une exception sanitaire aux conséquences graves

*À Mayotte, l'absence d'Aide médicale d'État (AME) constitue un frein majeur à l'accès aux soins pour les personnes en situation irrégulière. Ici, contrairement au reste du territoire national, aucune protection maladie n'est prévue pour celles et ceux qui en auraient pourtant le plus besoin. Pour une simple consultation dans un dispensaire, il faut déboursier 10 euros – à l'exception des enfants et des femmes enceintes. L'accès à un spécialiste peut coûter jusqu'à 25 euros, et 30 euros sont exigés aux urgences. Ces montants sont inaccessibles pour une large partie de la population que nous accompagnons. Au-delà de cette exclusion, nous faisons face à de nombreux blocages administratifs dans nos tentatives d'ouverture de droits auprès de la CSSM (Caisse de sécurité sociale de Mayotte). Les dossiers que nous transmettons restent souvent sans réponse, même après plusieurs relances. Certaines situations sont bloquées de manière arbitraire, sans possibilité de recours ni médiation.*

*À cela s'ajoutent des barrières sociales et économiques majeures. À Mayotte, il n'existe aucun dispositif de maintien des droits à l'Assurance maladie en cas de rupture temporaire de séjour, contrairement à ce qui est prévu dans le droit commun. Concrètement, cela signifie que toute personne perdant momentanément son titre de séjour perd automatiquement sa couverture santé, même si elle est en cours de renouvellement ou de régularisation. Cette absence de filet de sécurité aggrave les interruptions de soins et les situations de renoncement, en particulier chez les personnes atteintes de maladies chroniques. C'est un facteur d'exclusion sanitaire et sociale grave, que nous observons au quotidien.*

**Équipe MdM, Mayotte, 2025**

## LES GRAND.ES OUBLIÉ.ES DE L'ASSURANCE MALADIE : LES ÉTRANGER.ES SANS TITRE DE SÉJOUR

L'AME constitue un fragile rempart pour protéger la santé des personnes exclu-e-s de l'Assurance maladie. Dans le précédent chapitre, nous avons mis en lumière les obstacles liés à l'accès à l'information et aux guichets<sup>32</sup>. Cette partie s'attache à documenter les autres barrières qui entravent l'accès effectif au dispositif, à partir des situations observées par les équipes de Médecins du Monde. Il s'agit d'abord de critères cumulatifs et restrictifs d'éligibilité, qui excluent de fait un certain nombre de personnes étrangères en séjour irrégulier. S'ajoutent à cela les pratiques opaques et souvent arbitraires des CPAM dans l'instruction des demandes. Enfin, même lorsque la carte AME est délivrée, les usager-ère-s se heurtent à de nouvelles formes de difficultés à l'accès effectif aux soins.

### UN DISPOSITIF AUX CONDITIONS D'ACCÈS RESTRICTIVES : QU'EST-CE QUE L'AME ET QUI PEUT EN BÉNÉFICIER ?

L'AME est une prestation d'aide sociale financée par l'État, qui permet aux personnes en situation administrative irrégulière résidant en France d'accéder aux soins. Elle est soumise à des conditions d'éligibilité restrictives : il faut justifier d'une présence ininterrompue en France depuis plus de trois mois en situation irrégulière et déclarer des ressources inférieures à un plafond 862 euros par mois pour une personne seule en 2025 en France hexagonale – un seuil largement inférieur au seuil de pauvreté de 1 200 euros par mois. Ce dispositif, destiné aux personnes les plus précaires, exclut de fait de nombreuses personnes étrangères en séjour irrégulier disposant de revenus supérieurs au plafond requis. C'est notamment le cas de travailleur-euse-s, occupant des emplois informels ou non déclarés, qui peuvent cotiser à la protection, sans pour autant bénéficier d'aucune couverture santé.

Au-delà des critères d'éligibilité, de nombreux obstacles administratifs viennent entraver l'accès effectif à l'AME. Le manque d'information, la complexité des démarches et les pratiques dissuasives des guichets contribuent à un

31 Circulaire CNAM CIR-41/2019

32 Cf. supra Chapitre 2, « Le parcours des combattant-e-s de l'accès à l'information et au guichet : focus sur l'aide médicale de l'État », p. 73

important phénomène de non-recours. Selon l'enquête Premiers Pas, 49 % des personnes éligibles à l'AME ne bénéficient pas de droits ouverts. Même après cinq années ou plus de présence en France, 35 % des personnes sans titre de séjour restent sans droits AME ouverts (Jusot et al., 2019). Les données de Médecins du Monde confirment ces tendances : parmi les personnes accueillies dans nos structures, près de 43 % sont éligibles à l'AME. Parmi elles, seules 5,1 % ont effectivement pu ouvrir leurs droits. Les principaux freins avancés sont la méconnaissance des droits et des structures (18,4 %). L'absence de couverture santé a des conséquences directes sur la santé des personnes. Parmi les personnes sans couverture maladie, 35 % présentent un retard de recours de soins, exposant ces personnes à un risque accru de complications médicales, de ruptures de parcours de soins et de dégradation de leur état de santé général.

*Notre antenne de Médecins du Monde à Bordeaux a mis en place un projet d'intervention dédié aux travailleur·euse·s précarisé·e·s, qui concerne notamment les livreurs de plateforme numérique à vélo. Beaucoup d'entre eux, il s'agit majoritairement d'hommes, sont en situation administrative irrégulière au regard du séjour. Pour travailler, ils sont contraints de sous-louer des comptes de plateformes comme Deliveroo ou Uber, souvent contre une commission ou un forfait auprès de personnes en séjour légal qui bénéficient du statut d'auto-entrepreneur. Leur rémunération, dépendante du nombre de courses réalisées, est souvent inférieure au SMIC. Malgré le fait que des cotisations sociales soient prélevées sur leurs revenus, ils ne peuvent pas bénéficier de l'Assurance maladie [l'Assurance maladie étant soumise à un critère de régularité de séjour, et les cotisations étant prélevées via le compte sous-loué auprès d'un auto-entrepreneur]. Pour autant, ils ne peuvent pas non plus solliciter l'AME car les revenus qu'ils perçoivent sont supérieurs au plafond de ressources de 862 euros par mois. On se retrouve donc avec des travailleur·euse·s dont la santé est particulièrement exposée aux risques (accidents sur la voie publique, pollution atmosphérique, troubles musculo-squelettiques et troubles psychosociaux), qui répondent aux besoins de livraison de la population, contribuent pleinement à l'activité économique et au financement de la protection sociale, et qui pour autant sont privés de toute forme de couverture santé et ne peuvent pas se soigner.*

**Équipe Mdm, Bordeaux, 2025**

### ACCUEIL DES USAGER·ERE·S ET INSTRUCTION DES DOSSIERS : L'ARBITRAIRE DES CAISSES ET SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

Les difficultés administratives représentent le deuxième type d'obstacles le plus fréquemment mentionné par les personnes éligibles à l'AME mais sans droits ouverts (35,5 %) reçues dans les Caso en 2024. Obtenir les informations nécessaires à la constitution du dossier AME, comprendre les démarches à suivre, et accéder aux guichets dans des conditions acceptables constitue une première gageure<sup>33</sup>. Les difficultés ne s'arrêtent pourtant pas là. L'accueil réservé aux usager·ère·s de l'AME est souvent inadapté. À cela s'ajoute la multiplication d'exigences de pièces justificatives injustifiées

ou abusives, qui entravent l'ouverture des droits et peuvent avoir des conséquences graves sur la santé des personnes concernées.

### Un accueil inadapté aux guichets des CPAMs

Depuis la dernière réforme de l'AME en 2019, les usager·ère·s de l'AME doivent déposer leur première demande en main propre auprès des guichets des CPAM. Nos observations mettent en évidence des pratiques hétérogènes d'accueil des usager·ère·s au guichet, selon les départements et bien souvent aussi selon les agent·e·s dédié·e·s à l'accueil.

*À l'occasion d'accompagnements de personnes dans le dépôt de leur première demande AME auprès de la CPAM de Paris, nous constatons souvent des atteintes au respect de la confidentialité. Dernièrement, nous avons été confronté·e·s à une agente qui a multiplié des questions intrusives et non justifiées, ne relevant pas des informations nécessaires à la constitution et à l'instruction du dossier. La personne n'avait pas de passeport, ce qui n'est pas une obligation réglementaire, la personne pouvant justifier son identité par d'autres documents. Pourtant l'agente a insisté : « Vous avez un papier qui dit que vous faites les démarches à l'ambassade pour votre perte ? Parce que sinon, ça ne va pas passer à l'instruction. » Puis elle a poursuivi : « Y avait-il un visa dans le passeport ? Vous êtes venu comment et par quel pays ? Vous avez un titre de séjour en Espagne ? » Même approche pour les ressources déclaratives mentionnées sur le formulaire par la personne, en situation de grande précarité : « Vous mentionnez 100 euros de ressources, c'est par mois ? Et ça vient d'où ? Vous travaillez ou ce sont des aides ? » Ces questions, posées au guichet, sans aucune garantie de confidentialité, sont hors du périmètre d'intervention des agent·e·s, qui sont censé·e·s se consacrer à la vérification des pièces justificatives, et se révèlent stigmatisantes. L'agente d'accueil a également demandé à la personne de signer une déclaration sur l'honneur comme quoi elle ne disposait ni de titre de séjour européen ni de carte d'assurance maladie, et que son passeport était perdu. Quand nous avons mis en question le caractère nécessaire de cette déclaration, l'agente a répondu que, sans ce document, une enquête consulaire pourrait être déclenchée lors de l'instruction du dossier. »*

**Équipe Mdm, Paris, 2024**

Cette situation illustre de manière emblématique la logique de suspicion qui imprègne l'accueil réservé aux personnes étrangères en situation administrative irrégulière dans certaines CPAM. Elle témoigne d'un glissement préoccupant, où les pratiques de certain·e·s agent·e·s d'accueil s'apparentent à des formes de contrôle abusif, souvent stigmatisantes. Ces pratiques peuvent dissuader les personnes concernées de déposer leur demande, voire entraîner des refus arbitraires au guichet, sans instruction formelle des dossiers. Or, de telles pratiques contreviennent aux principes fondamentaux du service public. Toute personne a droit au respect de sa vie privée (article 9 du Code civil), et les agent·e·s public·que·s sont tenu·e·s, dans l'exercice de leurs fonctions, à une stricte obligation de neutralité (loi du 20 avril 2016 relative à la

déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires). Au-delà de comportements individuels, ces situations révèlent des logiques systémiques. Elles s'expliquent en partie par le manque de formation spécifique des agent·e·s, l'insuffisance des moyens, la complexité des dispositifs, mais aussi les marges d'interprétation ouvertes par certaines instructions administratives. Dans un contexte marqué par l'intensification de la lutte contre la fraude et le durcissement général de l'accès aux droits pour les publics précaires, les agent·e·s de guichet se voient progressivement assigner une fonction de contrôle social. Investi·e·s d'un pouvoir de validation ou de rejet des demandes, ils·elles agissent souvent au-delà de ce que la loi prévoit. Ces constats rejoignent les analyses de plusieurs travaux sociologiques, qui mettent en lumière le rôle central des guichets dans la fabrique des frontières de l'accès aux droits (Dubois, 2008 ; Gabarro, 2017 ; Spire, 2008).

### Des exigences abusives de pièces justificatives

Selon nos observations, les demandes de pièces justificatives à joindre aux dossiers d'AME varient d'une caisse départementale à l'autre. La CNAM a diffusé une liste des pièces nécessaires pour constituer une demande AME dans un document en date de février 2021<sup>34</sup>. Pourtant, cette liste n'est pas conforme car plus restrictive que les instructions issues du décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'aide médicale de l'État. Ces dernières prévoient que les demandeur·euse·s doivent fournir une pièce justificative pour prouver leur identité, un justificatif de présence ininterrompue de trois mois sur le territoire en situation administrative irrégulière. L'adresse et les ressources doivent relever du principe déclaratif. Pour autant, la liste diffusée par la CNAM conduit de nombreuses caisses départementales à adopter des demandes de pièces justificatives abusives au regard de la loi.

*La CPAM du Rhône demande systématiquement de joindre au dossier AME une attestation de ressources. C'est écrit noir sur blanc sur un formulaire remis aux personnes lors de leur passage à la CPAM pour déposer leur dossier. Pourtant, cette attestation de ressources n'est pas mentionnée par les textes réglementaires : les ressources relèvent du principe déclaratif et doivent être mentionnées directement sur le formulaire Cerfa. Il y a aussi l'exigence par la CPAM de fournir systématiquement dans les dossiers une photocopie de toutes les pages du passeport ! Il s'agit soi-disant de vérifier la date du visa d'entrée sur le territoire – mais quand le dossier contient par ailleurs une preuve de présence ininterrompue depuis plus de trois mois en séjour irrégulier en France, c'est clairement une exigence abusive de plus - d'autant plus que les CPAM ont accès au système de données Visabio qui leur permet d'avoir accès à ces informations. L'ensemble de ces demandes injustifiées constituent autant d'obstacles supplémentaires dans un parcours administratif d'accès à l'AME déjà compliqué, et conduit bien souvent les gens à retarder leur accès aux droits, ou à y renoncer par découragement.*

**Équipe Mdm, Lyon, 2024**

*À Nice, la CPAM a une interprétation très restrictive du document justificatif de la preuve de présence depuis trois mois sur le territoire en situation irrégulière. Elle n'accepte que les documents qui ont un lien avec l'adresse : domiciliation, facture domicile, ou attestation d'hébergement. Ça soulève beaucoup de difficultés pour les personnes en situation d'hébergement précaire. Pourtant, les textes réglementaires sont clairs : tout document de nature à prouver que la condition de présence sur le territoire depuis plus de trois mois en situation irrégulière doit être acceptée – par exemple, une attestation de suivi par une association, un bulletin d'hospitalisation, une attestation d'un médecin, un justificatif de transport, etc. Finalement, on assiste à des situations absurdes dans lesquelles la CPAM s'arc-boute sur l'exigence de ce justificatif de présence en situation irrégulière.*

**Équipe Mdm, Nice, 2024**

*Dernièrement, lors d'un accompagnement au guichet de la CPAM de Strasbourg, un agent nous a déclaré : « D'expérience, je dis aux personnes de mettre le maximum de justificatifs pour éviter les retours. » Mais cela produit une inflation de pièces et contribue à relever les exigences des CPAM au détriment des dossiers qui se contentent de seules pièces exigibles légalement.*

**Équipe Mdm, Strasbourg, 2024**

*On rencontre certaines difficultés avec la CPAM de Marseille pour l'instruction des demandes d'AME. Par exemple, beaucoup de dossiers de renouvellement d'AME sont refusés, faute de justificatif de présence sur le territoire. C'est une pratique non conforme aux textes [circulaire du 27 septembre 2005 relative à l'AME], qui prévoient que la demande de renouvellement elle-même constitue un document de nature à présumer la condition de présence ininterrompue sur le territoire. Un autre problème majeur que l'on rencontre, c'est l'ouverture de droits à l'AME pour les personnes qui bénéficiaient jusqu'alors de l'Assurance maladie obligatoire et de la complémentaire santé solidaire, mais dont le droit au séjour expire – notamment des demandeur·euse·s d'asile débouté·e·s. La procédure est très complexe, et peu appliquée par les CPAM. Il nous faut solliciter un renouvellement des droits à la complémentaire santé solidaire [qui doit être renouvelée tous les ans], pour déclencher une procédure de contrôle de la régularité du séjour par la CPAM, au terme de laquelle il est possible de solliciter des droits à l'AME. L'absence d'automatisme de la bascule vers l'AME conduit à des ruptures de droits et d'accès aux soins pour les personnes concernées.*

**Équipe Mdm, Marseille, 2024**

Selon nos différentes observations, ces exigences abusives peuvent trouver leur origine à différents niveaux des services publics de l'Assurance maladie. Il peut s'agir de consignes plus ou moins formalisées émanant de la Caisse nationale d'Assurance maladie, d'un des quatre pôles nationaux d'instruction des demandes AME, des CPAM départementales<sup>35</sup>, ou encore du pouvoir discrétionnaire des agent·e·s au guichet.

<sup>34</sup> CNAM, Liste des pièces nécessaires pour constituer une demande AME, Février 2021. Lien URL : [https://www.gisti.org/IMG/pdf/cnam\\_info\\_partenaires\\_2021\\_02\\_01\\_pieces\\_ame.pdf](https://www.gisti.org/IMG/pdf/cnam_info_partenaires_2021_02_01_pieces_ame.pdf)

<sup>35</sup> Depuis 2019, l'instruction des dossiers AME des différentes CPAMs est répartie en 4 sur le territoire, appelées parfois « caisses centralisatrices »

<sup>33</sup> Cf. « 3. Le parcours des combattant·e·s de l'accès à l'information et au guichet : focus sur l'aide médicale de l'État », p. 73

Les pratiques d'instruction des demandes AME relèvent d'un véritable millefeuille normatif, où s'entrelacent ces différentes strates de prescriptions et d'interprétations. Ce feuilletage administratif contribue à l'opacité des procédures et à l'absence d'harmonisation des pratiques d'un territoire à l'autre, et parfois même d'un-e usager-ère à l'autre au sein d'une même agence. Dans ce contexte, les intervenant-e-s de Médecins du Monde jouent un rôle essentiel de médiation et de rappel au droit. Face à de trop fréquentes situations d'inégalité de traitement et de non-respect des textes en vigueur, leur action vise à rétablir un accès effectif à la couverture santé, dans une démarche constructive, en lien étroit avec les différents échelons administratifs de l'Assurance maladie selon la nature des difficultés observées. Leur intervention s'appuie sur l'accompagnement de personnes confrontées à des refus illégitimes ou à des exigences abusives. Ces constats permettent une évolution des pratiques non conformes, ainsi que sur la documentation des dysfonctionnements rencontrés afin d'établir un dialogue argumenté avec les services de l'Assurance maladie.

#### Les impacts sur la santé des personnes concernées

Les difficultés administratives rencontrées dans le parcours d'accès à l'AME entraînent des conséquences directes sur la santé des personnes concernées, conduisant à des retards, voire à des renoncements d'accès aux soins.

*À Rouen, nous avons accompagné une femme qui s'est vu réclamer une facture de plus de 1500 euros, suivie d'une procédure d'huissiers, à la suite d'une hospitalisation d'une nuit en juin 2024. Cette personne remplissait les conditions pour une prise en charge de ses frais par le dispositif soins urgents et vitaux (DSUV), dans l'attente d'être éligible à l'AME à partir d'août 2024. La procédure est un peu complexe, et nécessite notamment d'obtenir un refus par la CPAM des droits à l'AME. La demande a été réalisée en septembre 2024, mais l'agent-e d'accueil a refusé le dossier, le jugeant incomplet en raison de l'absence d'une pièce d'identité de la personne qui hébergeait Madame. Malgré plusieurs tentatives, dont un retour deux jours plus tard avec les justificatifs et les factures à l'appui, nous n'avons pas réussi à obtenir la prise en charge des frais auxquels la personne pouvait prétendre. Faute de prise en charge, Madame a dû renoncer à passer un scanner abdominopelvien, pourtant médicalement indiqué.*

**Équipe MdM, Rouen, 2024**

*À Grenoble, nous avons accompagné un couple qui avait déposé une demande de renouvellement d'AME, accompagnée de toutes les pièces justificatives nécessaires. Jusqu'alors, seul le conjoint avait l'AME et il s'agissait d'ouvrir les droits à son épouse, qui remplissait toutes les conditions. Pourtant, après plusieurs mois sans retour, nous avons dû multiplier les démarches pour comprendre pourquoi aucune carte n'avait été délivrée. C'est finalement à l'occasion d'un rendez-vous, accompagné par une médiatrice de Médecins du Monde, que nous avons découvert que le dossier avait été classé sans suite par le pôle instructeur de Poitiers, dont dépend la CPAM de Grenoble, sans notification préalable ni explication explicite. La CPAM de Grenoble, elle-même, semblait ignorante des raisons du classement du dossier soulignant un défaut de*

*liaison entre les différents services. Cette situation a conduit à interrompre les droits à l'AME du conjoint, et à retarder ceux de son épouse pendant six mois. Cette dernière avait pourtant besoin de soins en raison d'une hypertension nécessitant une prise en charge et un traitement régulier. Grâce à l'intervention de Médecins du Monde, l'origine du blocage a pu être identifiée et une reprise de la procédure a été amorcée.*

**Équipe MdM, Grenoble, 2024**

Ces deux témoignages illustrent l'ampleur des conséquences sanitaires générées par les obstacles administratifs dans l'accès à l'AME ou à une prise en charge financière des soins par le DSUV. Qu'il s'agisse d'exigences injustifiées de pièces, ou d'un classement arbitraire et opaque d'un dossier, ces situations traduisent des défaillances systémiques aux multiples niveaux d'instruction des demandes. Pour les personnes concernées, ces dysfonctionnements se traduisent par des retards de prise en charge, voire des renoncements à des soins pourtant indispensables, entraînant des répercussions directes sur leur état de santé.

#### DES LIMITATIONS ET DES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS AVEC L'AME

Les difficultés ne s'arrêtent pas à l'ouverture des droits pour les bénéficiaires de l'AME. Même après avoir obtenu leur carte AME, d'autres barrières subsistent dans l'accès effectif aux soins.

#### Un dispositif d'accès aux soins limité : À quoi a-t-on droit avec l'AME ?

L'AME prend en charge les frais de santé à hauteur de 100 % du tarif conventionné de l'Assurance maladie, mais exclut les dépassements d'honoraires. De ce fait, elle ne permet pas un accès effectif à de nombreux soins, notamment pour les prestations dont le coût réel dépasse largement le tarif opposable. En tant que prestation d'aide sociale, l'AME ne confère pas à ses bénéficiaires le statut d'assuré-e social-e. Ils-elles ne peuvent donc pas accéder à certains dispositifs réservés aux assuré-e-s sociaux-ales, comme le 100 % Santé (audio, optique et dentaire)<sup>36</sup>. En pratique, les soins liés aux prothèses dentaires, auditives ou visuelles restent donc financièrement inaccessibles aux bénéficiaires de l'AME, malgré leurs besoins.

Le périmètre des soins couverts par l'AME – souvent désigné comme le « panier de soins » – est également plus restreint que celui des assuré-e-s sociaux-ales. Plusieurs prestations en sont exclues, comme les frais de traitement et d'hébergement des personnes handicapées, les indemnités journalières, les médicaments à faibles services rendus, ainsi que les cures thermales. Les bénéficiaires de l'AME n'ont pas non plus accès aux dispositifs de prévention proposés par l'Assurance maladie, comme les examens de prévention bucco-dentaire pour les enfants, les campagnes nationales de dépistage organisées du cancer du sein ou du côlon, ou encore les services de médecine préventive des CPAM. Par ailleurs, l'accès à certains soins – tels que la pose de prothèse de genou, d'épaule ou de hanche, ou encore les allogreffes de cornée – est conditionné à une ancienneté d'ouverture des droits d'au moins neuf mois, ce qui retarde la prise en charge de pathologies potentiellement invalidantes.

*Nous avons reçu un monsieur qui avait été hospitalisé en réanimation pour insuffisance respiratoire à la suite d'un Covid. Comme effet secondaire, il avait perdu ses dents. Il avait des droits ouverts à l'AME, mais ceux-ci ne lui permettaient pas la prise en charge financière de prothèses dentaires : seulement 300 euros pouvaient être pris en charge sur un devis total de 2 300 euros. Il était accompagné par l'assistante sociale du foyer d'hébergement d'urgence qui l'accueillait, et qui a sollicité des aides financières auprès d'associations caritatives, et a essayé de négocier des tarifs plus abordables auprès des médecins. Sans ces aides, il n'aurait pas pu retrouver une dentition.*

**Équipe MdM, Rouen, 2024**

#### DES REFUS DE SOINS CARACTÉRISÉS À L'ENCONTRE DES BÉNÉFICIAIRES DE L'AME : LES RÉSULTATS D'UN TESTING AUPRÈS DES CHIRURGIEN-NE-S-DENTISTES DE MONTPELLIER

Les bénéficiaires de l'AME sont régulièrement confronté-e-s à des refus de soins, une forme de discrimination qui constitue une entrave directe à leur droit à la santé. Ces situations surviennent lorsqu'un-e professionnel-le de santé refuse de recevoir un-e patient-e ou lui réserve une prise en charge dégradée en raison d'un critère prohibé par la loi – tel que l'âge, le sexe, l'origine, l'état de santé, la religion, l'orientation sexuelle ou encore le bénéfice d'une prestation santé comme la complémentaire santé solidaire ou l'AME. Si un-e professionnel-le peut, dans certains cas définis par les codes de déontologie, refuser un soin, il-elle doit alors veiller à ne pas porter atteinte à la continuité des soins, principe fondamental du droit des patient-e-s.

Le phénomène des refus de soins à l'encontre des bénéficiaires de l'AME n'est pas nouveau. Il a été documenté dès le début des années 2000 par Médecins du Monde, à travers les premiers dispositifs de testing réalisés pour objectiver ces discriminations. Plus de vingt ans plus tard, ces pratiques persistent, comme en témoignent différentes études menées en lien avec les services de la Défenseure des droits (Chareyron et al., 2020). La dernière en date a été conduite par l'Institut des politiques publiques (Institut des politiques publiques – IPP, 2023). Cette étude met en évidence que les patient-e-s bénéficiaires de l'AME ont entre 10 et 12 points de pourcentage de moins de chances d'obtenir un rendez-vous par rapport à des patient-e-s de référence. L'ampleur du phénomène varie selon les spécialités : les écarts vont à 14 et 36 % chez les médecins généralistes, de 19 à 37 % chez les ophtalmologues, et de 5 à 27 % chez les pédiatres.

Afin de documenter plus finement l'ampleur et les mécanismes dans un contexte local, nous avons mené une enquête de type « testing téléphonique » auprès des chirurgien-ne-s-dentistes de Montpellier (encart « Un testing téléphonique » ci-contre). L'agglomération se caractérise notamment par l'absence de structure de type PASS dentaire, qui pourrait faciliter l'accès aux soins pour les publics les plus précaires. Nos équipes y constatent depuis plusieurs années d'importantes difficultés d'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité. Par ailleurs, les chirurgien-ne-s-dentistes présentent des spécificités dans leur mode d'exercice (forte proposition d'exercice libéral, honoraires fréquemment supérieurs aux tarifs conventionnés), ce qui en fait une profession particulièrement exposée à des pratiques discriminatoires dans l'accès aux soins. Cette enquête permet donc de mieux saisir, à l'échelle d'un

#### UN « TESTING TÉLÉPHONIQUE » POUR DOCUMENTER LES REFUS DE SOINS À L'ENCONTRE DES BÉNÉFICIAIRES DE L'AME AUPRÈS DES CHIRURGIEN-NE-S-DENTISTES DE MONTPELLIER (DÉCEMBRE 2024-FÉVRIER 2025).

Un « testing téléphonique » est un dispositif de recueil de données en situation réelle qui vise à objectiver l'existence de pratiques discriminatoires. Il permet d'observer et de comparer les traitements dispensés à l'égard de deux personnes face à une même situation, et dont le profil ne diffère que par une seule caractéristique.

Nous avons réalisé notre testing auprès des chirurgien-ne-s-dentistes de secteurs 1 et 2, de Montpellier (département de l'Hérault). Selon les données de l'Assurance maladie (ameli.fr), la Ville dénombrait 249 chirurgien-ne-s-dentistes au mois de décembre 2024. Nous avons reconstitué une base d'appels téléphoniques, en retirant les doublons (beaucoup de chirurgien-ne-s-dentistes ont un secrétariat mutualisé et/ou travaillent au sein d'un même cabinet), les professionnel-le-s ayant cessé leur activité ou déménagé, celles et ceux qui n'ont pas de numéro pour les joindre, ainsi que les faux numéros. Au total, nous avons réalisé notre enquête auprès de 117 cabinets de chirurgien-ne-s-dentistes. Entre décembre 2024 et février 2025, l'équipe de Médecins du Monde a déployé un protocole d'enquête rigoureux fondé sur un script d'appel harmonisé. Chaque cabinet dentaire a été appelé deux fois pour une prise de rendez-vous, soit un total de 234 appels, par deux enquêteur-es différent-e-s, motivé-es par un même besoin : le traitement d'une carie douloureuse. Seule la mention de la couverture santé distinguait les deux profils : dans l'un des cas, l'enquêteur-ice appelait pour prendre un rendez-vous pour une personne assurée sociale, c'est-à-dire ayant une carte vitale à jour et une mutuelle ; dans l'autre cas, pour une personne ayant l'aide médicale de l'État.

Nous avons recueilli les informations sur l'acceptation ou non d'une prise de rendez-vous, la date du premier créneau proposé, ainsi que des éléments plus qualitatifs concernant l'échange téléphonique : motif évoqué pour justifier l'impossibilité de donner un rendez-vous, orientation vers un-e autre professionnel-le, ton employé ou questions posées. Quand des rendez-vous ont été obtenus, ils ont fait l'objet d'une annulation systématique dans les heures suivantes afin de ne pas pénaliser les personnes ayant besoin de soins, ni les professionnel-le-s de santé dans la gestion de leur rendez-vous médicaux.

<sup>36</sup> Cf. supra « La complémentaire santé solidaire : un levier d'inclusion essentiel, mais encore trop méconnu et insuffisamment lisible », p. 83

bassin de vie, les formes concrètes que peuvent prendre les refus de soins, leur fréquence, et les motifs avancés par les professionnel·le·s contacté·e·s.

#### Des difficultés de prise de rendez-vous pour tous·tes

L'un des premiers enseignements de notre enquête téléphonique concerne la difficulté générale à joindre un cabinet dentaire par téléphone, quel que soit le profil de l'appelant·e – qu'il s'agisse d'un·e assuré·e social·e ou d'un·e bénéficiaire de l'AME. Sur les 117 cabinets appelés, seuls 71 % ont pu être effectivement contactés par téléphone. Parmi les 34 restant·e·s, moins d'un tiers orientaient vers une autre modalité de prise de rendez-vous (site en ligne, SMS, répondeur), tandis que la majorité n'offrait aucune possibilité de contact ni de rendez-vous, même après plusieurs tentatives. Pour les 83 cabinets dentaires que nous avons réussi à joindre (soit 166 appels), le taux moyen d'obtention d'un rendez-vous s'élève à 68 %. Autrement dit, près d'un appel sur trois décroché (53 appels) n'a pas abouti à un rendez-vous. Dans les cas où les deux profils d'appelant·e·s se sont vu refuser un rendez-vous (34 appels), les motifs invoqués sont les suivants : le refus de prendre de nouveaux patient·e·s (16 appels), l'absence de spécialisation dans les soins liés aux caries (12 appels), et plus marginalement, l'indisponibilité à court terme (6 appels). Ces éléments soulignent les difficultés structurelles d'accès aux soins dentaires, qui concernent une partie importante de la population, indépendamment de la couverture santé. Cependant, au-delà de ces difficultés générales, notre enquête met également en évidence des différences significatives de traitement selon le profil de l'appelant·e.

#### Des refus de soins caractérisés à l'encontre des bénéficiaires de l'AME

Parmi les 83 cabinets dentaires que nous avons réussi à joindre, l'analyse comparative des réponses met en évidence un écart significatif selon le profil de l'appelant·e. Ainsi, 80 % des appelant·e·s avec le profil « assuré·e social·e » ont obtenu un rendez-vous, contre seulement 57 % pour les personnes avec le profil « AME ». Ce différentiel de 23 points de pourcentage illustre l'ampleur des pratiques discriminatoires à l'encontre des usager·ère·s de l'AME. Autrement dit, dans 38 % des cas les cabinets dentaires ont accepté un rendez-vous pour la personne assurée sociale mais refusé d'en proposer un à la personne bénéficiaire de l'AME, pourtant confrontée à une demande identique.

L'analyse des justifications avancées pour les 19 cas de refus de rendez-vous ciblant spécifiquement le profil « AME » permet d'établir une typologie des pratiques discriminatoires. Dans la moitié des cas (dix cabinets), le refus est explicite : l'interlocuteur·rice déclare ouvertement ne pas recevoir de patient·e·s couvert·e·s par l'AME. Les autres refus sont plus indirects ou déguisés : quatre cabinets invoquent une indisponibilité floue ou des délais trop longs, sans proposer de rendez-vous concrets ; trois cabinets proposent un rendez-vous avec un délai largement supérieur à celui proposé pour le profil « assuré·e social·e » (supérieur à un mois pour le profil « AME », contre quelques jours pour l'autre profil) ; deux cabinets avancent des motifs non évoqués pour l'autre profil (absence de prise en charge des soins liés aux caries et refus de nouveaux·elle·s patient·e·s). Ces constats confirment non seulement la persistance des discriminations dans l'accès aux soins pour les bénéficiaires de l'AME, mais aussi la diversité des stratégies d'évitement employées, parfois assumées, parfois dissimulées derrière des motifs techniques ou organisationnels. Or, l'ensemble de ces refus constitue des violations manifestes du droit à l'égal accès aux soins, garanti par les articles L.1110-3 et L.1110-5 du Code de la santé publique, ainsi que l'article 7 du Code de déontologie médicale, qui prohibent toute discrimination dans la prise en charge des patient·e·s.

Médecins du Monde préconise de :

#### — Mettre en place une assurance maladie véritablement universelle afin de garantir une protection maladie à toute personne résidant en France, sans distinction aucune, quel que soit le statut administratif ;

- fusionner l'Assurance maladie et les dispositifs complémentaires publics (C2S, AME) en une couverture santé publique unique à 100 %, sans reste-à-charge.
- intégrer les personnes sans titre de séjour au régime de droit commun en mettant un terme à la condition de régularité de séjour pour l'accès à l'Assurance maladie, afin de privilégier le critère de résidence effective sur le territoire.

Dans l'attente d'une application effective d'une assurance maladie universelle pour tous·tes :

#### — Lutter contre le non-recours et renforcer l'effectivité de la complémentaire santé solidaire (C2S) afin de garantir une couverture complète et accessible aux personnes précaires ;

- relever les plafonds de ressources de la C2S pour les aligner sur le seuil de pauvreté ;
- renforcer l'accompagnement et l'information des publics éligibles à la C2S ;
- généraliser l'attribution automatique de la C2S à l'ensemble des bénéficiaires de minima sociaux et allocations.

#### — Simplifier l'accès à l'Assurance maladie afin d'améliorer la lisibilité du système et éviter les ruptures de droits.

- instaurer l'automatisme de l'ouverture des droits à l'Assurance maladie dès l'arrivée sur le territoire pour toute personne ayant vocation à s'y installer durablement (visa long séjour, demandeur·euse·s d'asile, etc.) ;
- actualiser la liste des documents ouvrant droit à l'Assurance maladie en y intégrant les visas qui permettent l'installation sur le territoire et les attestations de l'Administration américaine des étranger·ère·s en France (ANEF) ;
- garantir l'application effective du droit à l'assurance maladie des ressortissant·e·s européen·ne·s précaires en séjour légal par les CPAM Assurer la transparence du fonctionnement du CREIC, dans le respect des délais d'instruction des dossiers et avec un accès direct aux usager·ère·s.
- assurer un accès immédiat à l'Assurance maladie pour les mineur·e·s non accompagné·e·s dès la phase d'accueil provisoire d'urgence et jusqu'à ce qu'une décision judiciaire intervienne ;
- supprimer le délai de carence de trois mois introduit en 2019 pour les demandeur·euse·s d'asile, avec une affiliation effective dès l'enregistrement au guichet unique des demandeur·eu·s d'asile (GUDA) ;
- assurer l'accès à la carte vitale et à un compte Ameli pour les demandeur·euse·s d'asile.

#### — Protéger la santé des publics en grande précarité en garantissant l'accès effectif aux soins pour les personnes étrangères, précaires ou isolées :

- supprimer la condition de trois mois de séjour irrégulier introduite en 2019 pour l'accès à l'AME ;
- relever le plafond de ressources de l'AME a minima au niveau du seuil de pauvreté, pour garantir une couverture santé aux personnes en grande précarité, même en activité ;
- élargir le panier de soins couvert par l'AME en l'alignant sur celui des autres assuré·e·s sociaux·ale·s, notamment par intégration du 100 % Santé (optique, audio, dentaire) et la suppression du délai de neuf mois pour l'accès à certains actes lourds ;
- mettre en place un compte Ameli et une carte de télétransmission pour les bénéficiaires de l'AME, avec un fonctionnement aligné sur celui de la carte vitale ;
- mettre fin aux pratiques de demandes abusives de pièces par les CPAM dans les dossiers AME, en créant un référentiel national harmonisé d'instruction des demandes sur la base du décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005, opposable à toutes les caisses et pôle d'instruction, et accessible aux usager·ère·s ;
- assurer un accueil accessible et adapté aux bénéficiaires de l'AME, tant au guichet que dans le suivi des démarches ;
- permettre à toute personne bénéficiaire à l'Assurance maladie et à la C2S qui perd son droit au séjour de basculer automatiquement à l'AME pour mettre un terme aux ruptures de droits.

#### — Mettre fin aux pratiques de discrimination et de refus de soins afin d'assurer un égal accès aux soins pour tous les bénéficiaires des dispositifs de protection maladie :

- reconnaître les refus de soins comme un phénomène structurel et discriminatoire, et les intégrer pleinement dans un plan national de lutte contre les discriminations et pour l'égalité aux soins ;
- poursuivre les efforts de formation et de sensibilisation des professionnel·le·s de santé ;
- renforcer l'accompagnement des personnes victimes de refus de soins :
  - créer un portail public dédié à la lutte contre les refus de soins, accessible, multilingue et lisible, permettant le signalement, et contenant des ressources pour accompagner les victimes ;
  - renforcer l'accompagnement dans les procédures de conciliation et de sanction et rendre les sanctions à l'encontre des professionnel·le·s de santé plus dissuasives et effectives.

# FINANCEMENT ET GOUVERNANCE :

## PERSPECTIVES POUR UNE ASSURANCE MALADIE DU XXI<sup>E</sup> SIÈCLE

# 04

## FINANCEMENT ET GOUVERNANCE : PERSPECTIVES POUR UNE ASSURANCE MALADIE DU XXI<sup>E</sup> SIÈCLE

### LES POINTS ESSENTIELS

- Depuis plusieurs décennies, la Sécurité sociale a vu son autonomie progressivement réduite au profit d'un pilotage étatisé, centré sur le contrôle des dépenses. Cette évolution a particulièrement affecté l'Assurance maladie, où le désengagement du financement public s'est traduit par un transfert croissant des coûts vers les ménages, sous forme de restes-à-charge.
- Parallèlement, l'État a favorisé le développement d'un marché des complémentaires santé, ouvrant la voie à une logique assurantielle fondée sur la sélection des risques, au détriment du principe de solidarité. Ce modèle dual, combinant Assurance maladie obligatoire et couverture complémentaire, reste insuffisamment redistributif et contribue à entretenir les inégalités d'accès aux soins.
- Le scénario de la « Grande Sécu », proposé par Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM), prévoit une prise en charge intégrale des soins remboursables par l'Assurance maladie. Il constitue un pas significatif vers plus de lisibilité et d'universalité, mais reste limité : le périmètre des soins concernés demeure restreint, les dépassements d'honoraires sont insuffisamment pris en compte, et la question du financement démocratique n'est pas traitée.
- Médecins du Monde propose une réforme plus ambitieuse du système d'Assurance maladie. Celle-ci passerait par une couverture intégrale des soins (« 100 % Sécu »), définie démocratiquement en fonction des besoins des populations, ainsi que par la création d'un régime unifié fondé sur la résidence stable et effective – une couverture santé universelle remplaçant les dispositifs fragmentés actuels (PUMA, C2S, AME). Cette refondation appelle également une transformation de la gouvernance, afin de garantir transparence, légitimité et participation.
- Afin de porter ces propositions dans le débat public, Médecins du Monde appelle à l'organisation d'une Convention citoyenne de la Sécurité sociale de la santé, pour ouvrir une discussion démocratique sur l'avenir de l'Assurance maladie.

Depuis près de quarante ans, Médecins du Monde intervient en France et observe, au plus près du terrain, les défaillances de notre système de santé. Dans les précédents chapitres de ce rapport, nous avons documenté, à partir de nos constats et de nos enquêtes, les obstacles persistants à l'accès aux droits et aux soins rencontrés par les publics que nous accompagnons. À l'occasion des 80 ans de la Sécurité sociale, nous avons choisi de porter un regard plus large dans cette dernière partie. S'appuyant sur des travaux de recherche, des rapports institutionnels et des propositions de la société civile, ce chapitre entend ouvrir un débat plus structurel sur le financement, l'organisation et la gouvernance de l'Assurance maladie. Il propose une refondation ambitieuse, en garantissant à toutes et tous l'accès à des soins intégralement pris en charge, au sein d'une couverture santé universelle fondée sur la résidence en France.

L'Assurance maladie recouvre une question essentielle : au sein d'une société, qui assure la prise en charge financière des risques en matière de santé auxquels sont soumis les individus ? Selon quels principes de répartition ? Quelles modalités d'organisation ? Pour la santé, comme pour les autres grands risques sociaux, les ambitions de la Sécurité sociale mise en place au sortir de la Seconde Guerre mondiale étaient claires. L'objectif était de socialiser le risque de maladie, en transformant un aléa individuel en un enjeu collectif et redistributif, financé par la cotisation sociale, et porté par une gestion paritaire impliquant les représentant·e·s des travailleur·euse·s. Depuis, l'État a progressivement repris la main sur la gestion de la Sécurité sociale, tout en se désengageant du financement direct, transférant une part croissante des coûts aux ménages et aux complémentaires.

#### Aux fondements de la Sécurité sociale

Au XIX<sup>e</sup> siècle, l'émergence et le développement d'une société industrielle capitaliste entraînent des besoins sanitaires croissants pour la population, dans un contexte de délitement des solidarités traditionnelles et d'insuffisance de « la charité » assurée par l'Église et les pouvoirs locaux pour les personnes les plus pauvres (Da Silva, 2022). En l'absence de réponse de l'État, émergent les premières sociétés de secours mutuel : les travailleur·euse·s s'auto-organisent pour assurer des formes de solidarité face aux aléas de la vie (maladie, invalidité, vieillesse et décès) sur le principe de la cotisation volontaire. D'abord considérées avec suspicion par l'État et le patronat, elles vont faire l'objet d'une institutionnalisation progressive. L'intervention de l'État dans la protection sociale de la population intervient plus tardivement, notamment en réponse aux efforts exigés de la population durant « la Grande guerre », mais demeure limitée.

C'est à la suite de la seconde guerre mondiale qu'est véritablement instaurée la Sécurité sociale. S'il y a une « unanimité nationale » (Bec, 2014) sur la nécessité de réformer la protection sociale, la construction d'un régime général de Sécurité sociale unifiée demeure conflictuelle (Valat, 2001). Le rôle de Pierre Laroque, qui dirige la Direction générale des assurances sociales au sein du ministère du travail du Gouvernement provisoire de la République française, a été essentiel dans la rédaction des ordonnances de 1945, et celui d'Ambroise Croizat, ministre de la Sécurité sociale de 1945 à 1947, dans sa mise en place effective avec le déploiement de caisses partout sur le territoire, avec l'appui de la CGT. Le système de protection sociale mis en place est un modèle universel<sup>37</sup>, solidaire (financé par la socialisation des revenus via les cotisations sociales, salariales et patronales) et obligatoire, qui vise à protéger l'ensemble des citoyens contre les grands risques de la vie, quels que soient leur statut ou leurs revenus. L'enjeu redistributif, consacré par la formule : « Chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins », est au cœur du système. Pour autant, l'Assurance maladie ne rembourse pas l'intégralité des soins dès sa création : le remboursement des soins s'élève en moyenne à hauteur de 30 à 40 % (Valat, 2001). Ce sont les caisses de Sécurité sociale, et non les services de l'État, qui assurent la collecte des cotisations et leur redistribution sous forme de prestations. Elles sont gérées de manière paritaire, par trois quarts de représentant·e·s syndicaux·ales, et un quart de représentant·e·s patronaux·ales. Néanmoins, l'État garde

la main sur les décisions concernant les montants des cotisations, les prix et les taux de remboursement. La volonté d'unification du système va rencontrer des obstacles, et les principes qui guident sa mise en place seront progressivement remis en cause au cours des décennies suivantes.

#### Un système progressivement étatisé et ouvert aux assurances privées

La Sécurité sociale ne finance pas seulement les soins, mais contribue également au développement du système de santé. Ainsi, dans les années 1960, une partie significative des investissements hospitaliers, notamment la construction des centres hospitaliers universitaires (CHU), a été financée grâce aux cotisations sociales. Peu à peu, l'État va renforcer sa mainmise sur le budget de la protection sociale. Les ordonnances Jeanneney de 1967 instituent une séparation entre les différences branches de la protection sociale (maladie, vieillesse et famille), limitant la mutualisation financière entre les risques sociaux. Elles créent des caisses nationales autonomes pour chaque branche, tout en introduisant la présence de représentant·e·s de l'État au sein de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). Désormais, les conseils d'administration sont composés à parité entre représentant·e·s des assuré·e·s sociaux·ales désigné·e·s par les syndicats, et représentant·e·s des employeur·euse·s.

À partir des années 1980, le discours récurrent sur le « trou de la Sécu » s'impose dans le débat public, présenté comme une fatalité liée à une explosion des dépenses de santé remboursées. Or, cette vision occulte largement les causes structurelles du déséquilibre : la forte hausse du chômage et de la précarité a mécaniquement réduit les recettes issues des cotisations sociales, sans que cela ne soit compensé par une réforme du financement, par exemple en taxant davantage les revenus du capital ou les dividendes. Alors que le budget de la Sécurité sociale atteint un niveau comparable à celui de l'État, les gouvernements successifs intensifient leur intervention dans un objectif de limitation des dépenses. Ainsi, en 1985, le gouvernement instaure le forfait hospitalier et apparaît le concept de « médicaments de confort ». La création en 1991 de la Contribution sociale généralisée (CSG), un impôt prélevé sur l'ensemble des revenus, vient remettre en cause la centralité de la cotisation sociale. L'étatisation de la protection sociale est parachevée avec le plan Juppé de 1995-1996 : l'État reprend le pilotage du système, en fixant les objectifs, contrôlant les recettes et les dépenses, par le projet de loi de finances de la Sécurité sociale (PLFSS) et l'objectif national de dépenses d'Assurance maladie (ONDAM) annuels, et renforçant le contrôle de la gouvernance.

En parallèle, l'État construit un marché des complémentaires dès les années 1980, développant le rôle des assurances santé privées dans la couverture des soins. La loi Evin de 1989 conforte la place de 3 types d'organismes complémentaires : deux à but non lucratif, les mutuelles et les institutions de prévoyance, et les assurances santé, autorisées à générer du profit. Sous couvert de la « responsabilisation des patient·e·s », l'État va progressivement désengager l'Assurance maladie de la prise en charge de certains soins au profit de ces organismes complémentaires ou à la charge des patient·e·s. Par exemple, en instaurant à partir de 2005

des franchises, des forfaits et des déremboursements. Au sein du nouveau marché des complémentaires, on assiste à un alignement du fonctionnement des mutuelles sur le modèle des assurances privées (Abecassis et al., 2018). À la suite d'une politique nationale et européenne<sup>38</sup>, les mutuelles sont progressivement soumises aux mêmes règles que les assurances privées. Sous la pression concurrentielle, le fonctionnement sur la base de la sélection des risques se développe : il s'agit du processus par lequel une complémentaire santé tarifie différemment les assuré·e·s en fonction de leur niveau de risque médical. Autrement dit, on passe du principe de « chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins » à « chacun paye selon ses moyens et reçoit selon son niveau de risque » (Valat, 2001). Dans les dernières décennies, les pressions réglementaires, au niveau européen comme national, entraînent également un processus de concentration des différents acteurs (HCAAM, 2022) : on est passé de 1702 organismes complémentaires en 2001 à 439 en 2019.

#### Le retour en grâce de la Sécurité sociale pendant la crise Covid

Pour répondre au choc de la pandémie, l'État a eu recours de manière massive au système de protection sociale. Concernant la branche maladie, tous les actes médicaux liés à la Covid-19 ont été pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie, pour faire face aux besoins de santé de la population : consultations, tests, hospitalisations et vaccins. Elle a également mis en place des arrêts de travail sans délai de carence pour les personnes malades ou cas contacts, les personnes vulnérables ou les parents devant garder un enfant, ce qui a permis à des millions de salarié·e·s de s'isoler sans perdre de revenus. Toutes ces actions ont contribué à réduire la propagation du virus. La crise a agi comme révélateur, rappelant que l'Assurance maladie n'était pas un simple assureur, mais bien un outil de solidarité nationale et de santé publique, capable d'être mobilisée rapidement et d'apporter des réponses fortes à l'ensemble de la population, soumise à une menace collective. C'est à la suite de la pandémie que le ministre de la Santé Olivier Véran mandate le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) pour travailler sur des scénarios d'évolution du système d'Assurance maladie, pour faire face à un contexte de vieillissement de la population et de développement des pathologies chroniques associées. Dans son rapport, publié en 2022, il propose quatre scénarios d'évolution, dont celui d'une « Grande Sécu » (voir infra), qui a suscité de nombreux débats politiques et médiatiques, avant d'être abandonné (HCAAM, 2022).

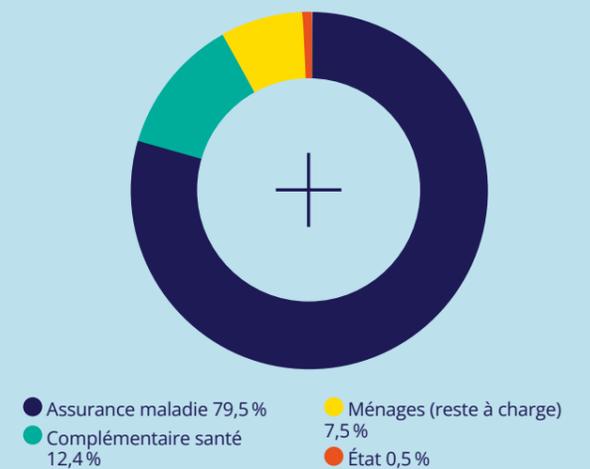
Ce chapitre propose un état des lieux du financement et de la gouvernance de notre système d'Assurance maladie ainsi que des propositions portées par Médecins du monde. Il met en lumière un désengagement du financement socialisé ou public vis-à-vis des ménages qui subissent des restes-à-charge toujours plus importants. Par ailleurs, l'articulation entre l'Assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires contribue à renforcer les inégalités d'accès aux soins : cette complémentarité reste globalement peu efficace et insuffisamment redistributive. Ce chapitre

analyse ensuite le scénario de la « Grande Sécu » du HCAAM, qui pourrait constituer un premier pas vers la mise en place d'une couverture santé universelle, autour d'une Assurance maladie obligatoire assurant une prise en charge des frais de santé à 100 % et d'une fusion des différents dispositifs existants.

### UN SYSTÈME D'ASSURANCE MALADIE DE MOINS EN MOINS PROTECTEUR

En 2023, les dépenses de santé de la branche maladie de la protection sociale<sup>39</sup> représentent 249 milliards d'euros (DREES, Didier, et al., 2024). L'Assurance maladie finance 79,5 % de la prise en charge des frais, contre 12,4 % pour les organismes complémentaires, et 7,5 % à la charge des ménages. L'État occupe une place résiduelle avec 0,6 % de la dépense, essentiellement des prestations non contributives versées aux personnes en difficulté financière (figure 11). Quant aux ressources de l'Assurance maladie, elles sont financées en majeure partie par la population : les cotisations sociales représentent 54 % des ressources, les impôts et les taxes 31 %, les contributions publiques 13 %, et les autres ressources (produits financiers et ressources diverses) 2 % (DREES, 2024a) (figure 12).

FIGURE 11 - RÉPARTITION DU FINANCEMENT DES DÉPENSES DE SANTÉ EN FRANCE EN 2023

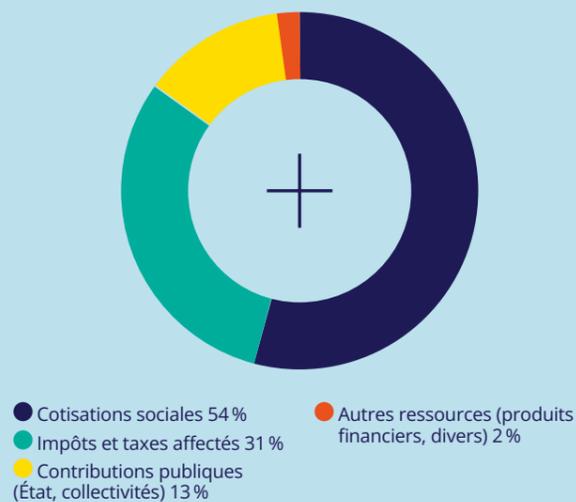


Source : DREES, Didier, M., & Lefebvre, G. (2024). Les dépenses de santé en 2023 — Résultats des comptes de la santé — Édition 2024. DREES. Lecture : en 2023, l'Assurance maladie finance 79,5 % de la prise en charge des frais

<sup>37</sup> Pour la dimension d'universalité de l'Assurance maladie, cf. supra Chapitre 3 : « Une protection maladie véritablement universelle », p. 79

<sup>38</sup> Loi Evin du 31 décembre 1989 ouvrant le marché des complémentaires à la concurrence ; ordonnances du 19 avril 2001 transposant les directives européennes dans le domaine des assurances ; directive Solvabilité 2016

<sup>39</sup> Les dépenses de santé de la branche maladie de la protection sociale recouvrent les soins hospitaliers et ambulatoires, les médicaments, les dispositifs médicaux, les transports sanitaires ainsi que les dépenses liées à la prévention, à la gestion du système de santé et aux soins de longue durée.

**FIGURE 12 - RÉPARTITION DE L'ORIGINE DES RESSOURCES DE L'ASSURANCE MALADIE EN FRANCE EN 2022**

Source : DREES. (2024). Le financement de la protection sociale en 2022. La protection sociale en France et en Europe en 2022. Résultats des comptes de la protection sociale. Lecture : en 2022, l'Assurance maladie est financée à hauteur de 54 % par les cotisations sociales

### UN DÉSENGAGEMENT DU FINANCEMENT PUBLIC AU DÉTRIMENT DES MÉNAGES

Le « reste-à-charge » est la part des dépenses de santé qui n'est pas remboursée par la Sécurité sociale, ni par une complémentaire santé, et qui est donc payée directement par le-la patient-e. Il peut inclure le ticket modérateur, les dépassements d'honoraires, les forfaits, ou encore les soins ou médicaments non remboursés. En 2023, les restes à charge s'élevaient à 274 euros en moyenne par an et par habitant (DREES, 2024a). Cette moyenne cache de fortes disparités et affecte tout particulièrement les personnes âgées ou malades, en particulier les personnes en affection longue durée (ALD)<sup>40</sup> (Adjerad et al., 2020).

### Une évolution du ticket modérateur au détriment des ménages

Le ticket modérateur correspond à la part des frais de santé qui reste à la charge de l'assuré-e après le remboursement de l'Assurance maladie obligatoire. Autrement dit, il s'agit de la différence entre le tarif conventionné d'un acte médical et le montant pris en charge par l'Assurance maladie. Ce pourcentage varie selon le type d'acte ou de traitement. Par exemple, pour une consultation chez un médecin généraliste de secteur 1, dont le tarif conventionné est de 30 euros depuis décembre 2024, l'Assurance maladie rembourse 70 %, soit 21 euros, auxquels il faut retrancher la participation forfaitaire (voir ci-dessous). Le ticket modérateur s'élève donc à neuf euros, que l'assuré-e doit couvrir lui-même. S'il a souscrit à une complémentaire santé, cette dernière peut lui rembourser, en partie ou en totalité.

Outil de régulation budgétaire, le ticket modérateur est régulièrement augmenté par les pouvoirs publics pour ajuster le niveau de prise en charge des frais de santé par l'Assurance

maladie. Ainsi, en octobre 2023, celui appliqué aux soins dentaires est passé de 30 à 40 %, entraînant un transfert de dépenses estimé entre 350 à 500 millions d'euros par an vers les organismes complémentaires (Carrère-Gée & Iacovelli, 2024). Combinée à d'autres mesures de désengagement prises la même année, cette évolution a entraîné, selon le Sénat, une hausse des cotisations des complémentaires santé estimée entre 4,5 à 6,5 %, directement supportée par les assuré-e-s.

### Les assuré-es sociaux directement mis à contribution par les forfaits et les franchises

Les forfaits et les franchises médicales ont été introduits par l'État dans un contexte de désengagement financier de l'Assurance maladie, présentés comme des leviers de « responsabilisation » des assuré-e-s sociaux-ale-s. En pratique, ces dispositifs représentent des contributions obligatoires qui pèsent directement sur les patient-e-s, quelle que soit leur capacité contributive. La participation forfaitaire a été instaurée en 2005. D'un montant initial d'un euro, elle est prélevée sur chaque consultation ou acte médical, y compris les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale. Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2024, ce montant a été porté à deux euros, dans la limite de huit euros par jour et de 50 euros par an.

Les franchises médicales, introduites en 2008, s'appliquent quant à elles à certains soins ou traitements. Initialement fixées à 0,50 euro par boîte de médicaments ou acte paramédical (infirmier et kiné), et à deux euros par transport sanitaire, elles ont également doublé en 2024 pour atteindre respectivement un euro et quatre euros, avec un plafond de 4 euros par jour pour les actes paramédicaux, 8 euros pour les transports sanitaires, et 50 euros par an au total.

Ce doublement des montants devrait générer environ 800 millions d'euros d'économies annuelles pour l'Assurance maladie (Jacquot, 2023). Si certaines populations, comme les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) en sont exonérés, ces dispositifs restent dans l'ensemble faiblement modulés selon les revenus. Ce mécanisme aggrave donc les inégalités, en imposant un effort financier proportionnellement plus lourd aux ménages les plus modestes, à rebours des principes de solidarité qui fondent la protection sociale.

### Des dépassements d'honoraires qui creusent les inégalités d'accès aux soins

Pour chaque acte médical, l'Assurance maladie fixe un tarif conventionné, sur la base duquel elle calcule le montant de son remboursement. Sous certaines conditions, les professionnel-le-s de santé sont autorisé-e-s à facturer des honoraires supérieurs à ce tarif : ce sont des dépassements d'honoraires. Ces pratiques sont encadrées par un système de secteurs tarifaires. Les professionnel-le-s de santé de secteur 1 s'engagent à respecter les tarifs conventionnés, et ne peuvent pas facturer de dépassements d'honoraires, sauf exception. En revanche, les praticien-ne-s exerçant en secteur 2 disposent d'une liberté tarifaire, et peuvent appliquer des honoraires bien au-delà du tarif conventionné. Dans ce cas, l'Assurance maladie rembourse sur la base du tarif de référence, laissant aux assuré-e-s un reste à charge

beaucoup plus important, partiellement remboursé par les complémentaires – quand elles le prennent en charge.

En 2022, le montant total des dépassements d'honoraires est estimé à 3,5 milliards d'euros, soit plus du double de leur niveau vingt ans plus tôt (UFC Que Choisir, 2024). Ces dépassements concernent désormais plus de la moitié des spécialistes : 55 % exercent en secteur 2, contre 41,7 % dix ans auparavant. La situation est particulièrement marquée dans certaines disciplines : 85 % des chirurgien-ne-s et 61 % des anesthésistes les pratiquent.

La couverture de ces dépassements par les complémentaires est très inégale. Si la quasi-totalité rembourse le ticket modérateur et le forfait journalier, seules environ la moitié prennent en charge, totalement ou partiellement, les dépassements d'honoraires, et de manière très variable selon les contrats (Jusot, 2014).

Ce phénomène engendre une inégalité territoriale d'accès à la médecine, notamment spécialisée, et génère des renoncements aux soins pour les assuré-e-s sociaux-ale-s les plus modestes comme le montre UFC Que Choisir (UFC Que Choisir, 2024b). Selon leurs constats, certain-e-s résident dans des « déserts géographiques », où l'offre médicale est rare ; d'autres dans des « déserts financiers », où les professionnel-le-s sont présent-e-s mais pratiquent des tarifs dissuasifs. Les personnes malades, qui consultent plus fréquemment et recourent davantage aux spécialistes, sont les premières touchées : les dépassements d'honoraires constituent une part importante de leur reste à charge, et provoquent de nombreux renoncements aux soins.

### Les restes à charge invisibles : les coûts cachés de la santé

Dans un rapport d'enquête, France Assos Santé attire l'attention sur une dimension souvent négligée de l'accès aux soins : les restes à charge invisibles (France Assos Santé, 2024). Il s'agit de dépenses liées à la santé non prises en charge ni par l'Assurance maladie obligatoire ni par les complémentaires santé. Ces frais, pourtant fréquents, échappent aux circuits habituels de remboursement. Ils concernent notamment du petit matériel médical (seringues, compresses, masques, matériel de kinésithérapie, produits d'hygiène...), des soins de support rarement couverts (ostéopathe, diététicien, soutien psychologique...), ainsi que des frais de transports, de parkings payants des hôpitaux ou d'hébergement pour se rendre à des consultations éloignées. Ces restes à charge sont en constante augmentation et peuvent atteindre des niveaux très élevés pour les personnes en situation de maladie chronique, de handicap ou de perte d'autonomie : en moyenne 1 557 euros par an et par personne, et jusqu'à plus de 8 200 € pour les 10 % les plus exposés. L'impact financier de ces coûts cachés est significatif : selon l'enquête, 53,2 % des répondant-e-s déclarent avoir déjà dû renoncer à des soins ou à du matériel en raison de l'absence de prise en charge. Ces restes-à-charge, souvent négligés dans les débats publics, constituent une source majeure d'inégalités d'accès aux soins, en particulier pour les personnes en situation de précarité.

### UN SYSTÈME DE REMBOURSEMENT À DEUX ÉTAGES, GÉNÉRATEUR D'INEFFICACITÉ ET D'INJUSTICE SOCIALE

Depuis les années 1980, la montée en puissance des complémentaires santé s'inscrit dans un contexte de désengagement progressif de l'Assurance maladie obligatoire. Face à la diminution de la part remboursée par cette dernière, la souscription à une complémentaire devient quasiment incontournable pour éviter des restes-à-charge trop élevés. Cette évolution transforme l'adhésion à une complémentaire en une forme de « prélèvement obligatoire privé », pesant lourdement sur les ménages (Batifoulier & Del Sol, 2022).

Pour atténuer les effets inégalitaires de cette évolution, les pouvoirs publics ont cherché à élargir l'accès à une couverture complémentaire. Cela passe par la mise en place de dispositifs publics comme la Couverture maladie universelle complémentaires (CMU-C) et de l'aide à la complémentaire santé (ACS) au tournant des années 2000, fusionnées en complémentaire santé solidaire (C2S) en 2019<sup>41</sup>. S'y ajoute plus récemment l'obligation pour les employeur-euse-s de proposer à leurs salarié-e-s un contrat collectif avec une participation financière d'au moins 50 %.

Malgré ces dispositifs, le système reste profondément inégalitaire, coûteux et complexe. La coexistence de deux niveaux de remboursement – assurance maladie obligatoire et complémentaire – génère des doublonnages de gestion, une illisibilité pour les usager-e-s, et une efficacité économique limitée. Surtout, cette architecture à deux étages renforce les inégalités sociales d'accès aux soins : la qualité de la couverture dépend du type de contrat souscrit, des capacités contributives des individus ou de leur statut professionnel.

### Un système dual qui renforce les inégalités

Selon les dernières données de la DREES, 96 % de la population française dispose d'une complémentaire santé, individuelle ou collective (DREES, Lapinte, et al., 2024). Cela signifie que près de 2,5 millions de personnes, soit environ 4 % des Français-es, n'en bénéficient pas. Les plus exposé-e-s à cette absence de couverture sont les personnes en situation de plus grande précarité : 12 % des individus ne sont pas couverts, notamment des personnes retraité-e-s, au chômage, ou des travailleur-euse-s précaires. Ce défaut de couverture les expose à des restes à charge élevés, et un risque accru de renoncement aux soins.

Pour améliorer l'accès à une complémentaire santé, l'État a mis en place plusieurs dispositifs publics : d'abord la CMU-C et l'ACS, ensuite fusionnées en complémentaire santé solidaire depuis 2019. Toutefois, ce dispositif souffre d'un non-recours important (cf. supra chapitre 3). La réforme du 100 % santé constitue une avancée partielle mais ne remet pas en cause le rôle central des complémentaires santé. En effet, la prise en charge intégrale des « paniers de soins 100 % santé » (cf. supra chapitre 3) est conditionnée à la souscription d'un contrat de complémentaire, ce qui maintient, voire accentue, les inégalités d'accès. En réalité cette réforme renforce donc la logique du système dual, en transférant à nouveau des dépenses de l'Assurance maladie vers les complémentaires. Elle reproduit donc les inégalités socio-économiques liées à

40 Le régime des affections de longue durée (ALD) permet la prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie des soins liés à certaines maladies chroniques ou graves, reconnues comme nécessitant un traitement prolongé

41 Cf. supra Chapitre 3 « La complémentaire santé solidaire : un levier d'inclusion essentiel, mais encore trop méconnu et insuffisamment lisible. Page 79

l'accès à des contrats de qualité, d'autant plus que le surcoût pour les complémentaires se répercute souvent sur les tarifs, aggravant la charge financière pour les ménages.

### Fragmentation de la couverture selon le statut, l'âge et le revenu

Le marché des complémentaires santé est profondément segmenté. Deux grands types de contrats coexistent : les contrats collectifs, souscrits par les employé-e-s pour leurs salarié-e-s, généralement plus protecteurs et négociés à meilleur prix, et les contrats individuels, plus coûteux et moins avantageux, qui concernent les retraité-e-s, les indépendant-e-s, les étudiant-e-s et les personnes sans emploi (DREES, 2024b).

À cette segmentation, s'ajoute une tarification fondée sur l'âge ou le niveau de risque médical (*Haut Conseil de la Famille, de l'enfance et de l'âge, Conseil de l'âge, 2020*). Selon la DREES, 97 % des contrats individuels sont indexés sur l'âge des assuré-e-s. Ainsi, à 75 ou 85 ans, une personne paie en moyenne 2,9 fois à 3,1 fois plus qu'à 20 ans pour la même couverture.

Ce système renforce les inégalités, car plus on est âgé ou malade, plus la complémentaire est coûteuse, sans lien avec la capacité contributive. Il fonctionne donc à rebours de la logique redistributive de l'Assurance maladie.

### Une charge financière inégalement répartie

Les personnes en situation de précarité sont à la fois moins souvent couvertes et plus fortement pénalisées : le taux d'effort (part des revenus consacrés aux dépenses de santé et aux cotisations de complémentaire) est beaucoup plus élevé chez les ménages modestes. Il atteint environ 7 % du revenu pour les ménages du premier décile, contre un peu plus de 2 % pour ceux du dernier décile (DREES et al., 2022). Le taux d'effort augmente également avec l'âge : il passe de 2,7 % entre 30 et 39 ans à 8,2 % après 80 ans, et atteint 8,6 % chez les plus de 80 ans en affection longue durée. De plus, pour les plus de 85 ans, le reste à charge annuel après intervention de l'Assurance maladie obligatoire atteint environ 1 000 €, pour une dépense moyenne de 9 000 € - soit trois fois plus que pour les 36-40 ans (Carrère-Gée & Iacovelli, 2024).

Les complémentaires sont donc dans l'incapacité de réaliser une solidarité entre classes de revenus (Jusot et al., 2017). Comme le résume l'économiste de la santé Nicolas da Silva : « Avec la sécurité sociale, plus on est riche, plus on contribue [...] Avec les complémentaires, plus on est pauvre, plus on contribue » (Da Silva, 2022).

### Une dynamique inflationniste qui menace encore l'accès aux soins

Le désengagement de l'Assurance maladie se traduit par un report croissant sur les complémentaires santé, qui répercutent ces charges sur les cotisations. En 2023, selon la DREES, les cotisations collectées par les organismes complémentaires ont augmenté en moyenne de 6 % par rapport à 2022, avec de fortes disparités : 9,2 % pour les assureurs privés, 6 % pour les institutions de prévoyance et 3,6 % pour les mutuelles (DREES, 2024b). Cette hausse continue du coût des complémentaires fragilise les budgets des ménages les plus modestes, favorise le désistement ou la souscription de contrats peu couvrants, et contribue à accentuer les inégalités d'accès à la santé.

### Des complémentaires plus chères et plus inégalitaires que l'Assurance maladie

Le système de remboursement des soins en France repose sur une architecture à deux étages, combinant l'Assurance maladie obligatoire et une couverture complémentaire. Cette architecture duale, matérialisée pour les usager-ère-s par une carte vitale et une attestation mutuelle, s'avère complexe, opaque et coûteuse. La Cour des comptes a souligné les limites du système de double payeur, tant sur le plan de l'efficacité économique que de la lisibilité pour les assuré-e-s (Cour des comptes, 2017, 2021).

Ce système repose sur une multitude de dispositifs hétérogènes - complémentaire santé solidaire, contrats responsables, 100 % santé - qui ajoutent de la complexité administrative, tant pour les patient-e-s que pour les professionnel-le-s de santé. Il engendre des coûts de gestion parmi les plus élevés au monde : environ 7 % en France, contre 2 % au Royaume-Uni, un système à payeur unique (Jusot & Wittwer, 2021). Aux États-Unis, système notablement fragmenté, ce taux atteint 8 %, ce qui place la France dans une zone d'inefficience comparable.

Cette inefficience est en grande partie liée à la duplication des traitements de chaque acte médical, pris en charge une première fois par l'Assurance maladie puis une seconde fois par l'organisme complémentaire. À cela s'ajoutent des frais d'acquisition particulièrement élevés chez les complémentaires : ils représentent 40 % des 7,6 millions d'euros de frais de gestion en 2020 (HCAAM, 2022). Pour attirer de nouveaux assurés, ces organismes investissent massivement dans les réseaux commerciaux, la publicité, le marketing, et les commissions de vente, dans un marché pourtant très régulé, où la différenciation réelle entre les offres reste limitée. Ces frais d'acquisition à eux seuls représentent en moyenne 8 % des cotisations versées en 2022 (Carrère-Gée & Iacovelli, 2024).

Ce mode d'organisation entraîne une charge financière importante pour les ménages. Moins de 75 % des cotisations aux complémentaires reviennent aux assurés sous forme de remboursements, contre 96 % pour l'Assurance maladie (UFC Que Choisir, 2024a). En d'autres termes, une part importante des cotisations finance non pas les soins, mais des coûts de gestion et de fonctionnement inutiles, voire redondants.

La comparaison de l'évolution des frais de gestion s'avère également particulièrement éclairante (Carrère-Gée & Iacovelli, 2024). Entre 2011 et 2022, les frais de gestion des complémentaires ont augmenté de 33 %, soit deux fois plus vite que l'inflation, pour atteindre 7,8 milliards d'euros. Sur la même période, ceux de l'Assurance maladie ont diminué, passant de 6,9 à 6,7 milliards d'euros. Enfin, cette dynamique s'accompagne d'une mutation du paysage des complémentaires : depuis 2001, la part des mutuelles (à but non lucratif), ne cesse de reculer au profit des assureurs privés, notamment sur le segment des contrats collectifs, accentuant encore la logique marchande de ce secteur.

## VERS UNE COUVERTURE SANTÉ VÉRITABLEMENT UNIVERSELLE

Le scénario de la « Grande Sécu », formulé par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie dans son rapport de 2022 (HCAAM, 2022), propose des pistes concrètes pour répondre aux dysfonctionnements structurels du système actuel de prise en charge des frais de santé. Il vise à recentrer le financement des soins sur l'Assurance maladie obligatoire, en simplifiant les dispositifs existants et en réduisant les inégalités d'accès. Ce scénario suscite un intérêt croissant dans le débat public. Si des divergences subsistent quant à son périmètre exact et au champ des prestations couvertes, plusieurs institutions et organisations se sont exprimées en faveur d'un élargissement du périmètre de l'Assurance maladie obligatoire : de hauts fonctionnaires (Hirsch & Tabuteau, 2017), des professionnel-le-s de santé (Syndicat de la médecine générale, 2023), certaines mutuelles (Fédération des mutuelles de France, 2023), des associations d'usager-ère-s (France Assos Santé, 2022 ; UFC Que Choisir, 2024b) ainsi que la Cour des comptes (Cour des comptes, 2021). Ce chapitre revient dans un premier temps sur le contenu et les débats entourant la proposition du HCAAM, puis montre en quoi elle pourrait constituer une première avancée vers la mise en place d'une couverture santé véritablement universelle, fondée sur un remboursement intégral par l'Assurance maladie obligatoire et la fusion des différents dispositifs existants.

### LA « PETITE RÉFORME » DE LA « GRANDE SÉCU »

Le rapport du HCAAM, commandité par Olivier Véran dans le contexte du retour en grâce de la Sécurité sociale durant la crise de la Covid, explore quatre scénarios possibles d'articulation entre l'Assurance maladie et les organismes complémentaires. Parmi eux, un a particulièrement attiré l'attention politique et médiatique : celui retenu sous le nom de « Grande Sécu ». Ce scénario propose d'étendre la part de remboursement de l'Assurance maladie à 100 % du tarif conventionné, en lieu et place de la part assurée aujourd'hui par les organismes complémentaires. Autrement dit, il s'agit de garantir la prise en charge intégrale du « tarif Sécu » d'un ensemble de produits et d'actes de soins (désigné sous le terme de « panier de soins »), avec pour objectifs de simplifier le système, en instaurant un payeur unique, et de réduire les barrières financières à l'accès aux soins. Concrètement, la prise en charge intégrale par l'Assurance maladie entraînerait la suppression du ticket modérateur. Par exemple, une consultation chez un médecin généraliste au tarif conventionné de 30 euros serait entièrement remboursée par l'Assurance maladie, sans reste-à-charge pour le patient.

### Le dessus ou le fond du panier : quel périmètre des prestations pris en charge ?

La question du périmètre des actes et de soins pris en charge d'une part, ainsi que du niveau des tarifs conventionnés d'autre part, sont centrales dans l'évaluation du scénario de « la Grande Sécu ». Un « panier de soins » trop restreint, ou fondé sur des tarifs conventionnés très inférieurs aux coûts réels, risquerait d'accroître les inégalités d'accès aux soins, au lieu de les réduire.

Le rapport du HCAAM ouvre plusieurs pistes sur la définition de ce panier. Il évoque notamment :

- une réévaluation des médicaments selon leur utilité thérapeutique, avec la possibilité d'exclure du remboursement ceux dont le service médical rendu est jugé faible<sup>42</sup> ;
- la suppression des forfaits et des franchises médicales en ville, pour un coût de 1,4 million d'euros ;
- l'intégration des forfaits hospitaliers (forfait journalier, forfait pour soins coûteux, forfait d'urgence) dans les tarifs de séjour des établissements ;
- l'incorporation du panier « 100 % santé » (optique, dentaire, audiologie) dans le panier de base, pour garantir un accès élargi aux soins sans reste-à-charge ;
- le maintien et la simplification de la complémentaire santé solidaire (C2S), notamment pour garantir l'interdiction des dépassements d'honoraires pour les publics concernés ;
- la disparition du régime des affections longue durée (ALD), jugé redondant si la prise en charge devient intégrale, mais avec la nécessité de mettre en place d'autres modalités de coordination et de suivi des parcours de soins des patient-e-s concerné-e-s.

Le HCAAM propose également que ce panier soit évolutif, en fonction des besoins sociaux et des évaluations de la pertinence des soins. Il pourrait être envisagé de créer « un comité du panier de soins », qui associerait, au-delà des expert-e-s de la Haute Autorité de Santé (HAS), des professionnel-le-s de santé et des représentant-e-s d'usager-ères, afin d'ouvrir la gouvernance des décisions aujourd'hui réservées au ministère de la Santé.

Le rapport du HCAAM ne précise pas les niveaux de remboursement associés aux soins et ne traite pas non plus la question centrale des dépassements d'honoraires, ce qui conduit certains économistes à la qualifier de « petite réforme » (Batifoulier & Silva, 2022). Dans le scénario proposé, l'Assurance maladie rembourserait 100 % du tarif conventionné, mais pas 100 % du coût réel des soins. Par exemple, pour une consultation chez un médecin généraliste de secteur 1 facturée 30 euros, l'Assurance maladie prendrait en charge l'intégralité du montant conventionné - il n'y aurait plus de ticket modérateur. En revanche, pour une consultation en secteur 2, les dépassements d'honoraires ne seraient pas couverts : la base de ce remboursement resterait fixée au tarif conventionné, soit 30 euros, quel que soit le tarif réellement pratiqué. Au regard de l'ampleur actuelle des dépassements d'honoraires et de la proportion croissante de médecins exerçant en secteur 2, cette limite représente un enjeu majeur. Elle soulève notamment la question de l'accès effectif aux soins spécialisés pour les personnes aux revenus modestes.

Cette difficulté est encore plus marquée dans certains secteurs, comme l'optique, le dentaire ou l'audiologie, où les écarts entre les tarifs conventionnés et les prix réels sont particulièrement importants. Une prise en charge à 100 % du

<sup>42</sup> Les médicaments avec un service médical rendu faible sont actuellement remboursés à 15 %

tarif conventionné n'y aurait qu'un impact très limité pour les assuré-e-s. À titre d'exemple, la base de remboursement pour une monture de lunettes est de 2,84 euros, et de 6,25 euros par verre. De même, une prothèse dentaire amovible est remboursée sur la base de 53,75 euros, très en deçà des tarifs réellement pratiqués sur le marché.

#### Quelles modalités de financement du système ?

Le scénario de la Grande Sécu implique une augmentation de la part des dépenses de santé prises en charge par l'Assurance maladie, et donc une hausse des dépenses publiques de santé. Ce point a cristallisé une partie des oppositions, notamment du côté des acteurs privés de l'assurance santé. La présidente de la Fédération française de l'assurance est allée jusqu'à qualifier la réforme de « Cuba sans le soleil », une formule outrancière qui masque mal la viabilité économique et l'efficacité supérieure du scénario proposé par rapport au système dual actuel.

Selon les estimations du rapport du HCAAM, le coût annuel brut de la réforme serait de 22,4 milliards d'euros, lié à la prise en charge intégrale des soins aujourd'hui assurés en partie par les complémentaires (ticket modérateur, franchises et certains forfaits). Cette hausse de la dépense publique serait compensée par la réduction du rôle des assurances complémentaires, entraînant une baisse des cotisations ou une redéfinition de leur périmètre. Autrement dit, il s'agirait de remplacer un prélèvement obligatoire privé, inefficace et inégalitaire (les complémentaires santé) par un prélèvement public, plus juste et plus efficient (la Sécurité sociale) » (Batifoulrier & Da Silva, 2022).

Selon les simulations du HCAAM, dans le détail, le remboursement du ticket modérateur et des franchises par l'Assurance maladie représenterait 18,8 milliards d'euros, auxquels s'ajouterait la perte des taxes perçues par l'État sur les complémentaires (3,7 milliards), pour un coût total estimé de 22,5 milliards d'euros. En face, la disparition quasi totale du marché des complémentaires générerait 27 milliards d'euros, engendrant une économie nette de 5,4 milliards d'euros par an.

#### Quel devenir pour les organismes complémentaires et leurs salarié-e-s ?

Le scénario de la « Grande Sécu » du HCAAM est basé sur un repositionnement des organismes complémentaires - mutuelles, institutions de prévoyance et assureurs privés - qui ne seraient plus chargés du remboursement de la part complémentaire des soins. Cela ne signifierait pas pour autant leur disparition complète du champ de la protection de la santé. Ces acteurs pourraient continuer à couvrir certains besoins spécifiques, liés à des situations professionnelles ou territoriales particulières, ou encore prendre en charge les dépenses non incluses dans le panier de soins de l'Assurance maladie, notamment les dépassements d'honoraires. Selon le HCAAM, il s'agirait davantage d'assurances supplémentaires que d'assurances complémentaires.

Les conséquences sur l'emploi dans le secteur seraient loin d'être négligeables. Le HCAAM anticipe la disparition de plusieurs dizaines de milliers de postes liés à la gestion des contrats santé, et propose la mise en place de dispositifs de transition professionnelle. Une partie des économies générées par la réforme pourrait être mobilisée, dans les premières années, pour financer un plan d'accompagnement complet : reclassement interne au sein des organismes qui

exercent souvent d'autres activités), et reprise volontaire de salarié-e-s par les organismes de l'Assurance maladie, dont l'activité serait mécaniquement amenée à croître.

Un risque structurel identifié par le HCAAM est celui d'un déplacement des inégalités : à défaut de corriger les inégalités d'accès à la couverture santé, la réforme pourrait en créer de nouvelles, liées à la qualité de la couverture. Autrement dit, les assuré-e-s les plus aisé-e-s pourraient souscrire des contrats d'assurance supplémentaires pour couvrir des prestations hors panier, tandis que les personnes les moins aisées n'auraient accès qu'aux soins pris en charge par l'Assurance maladie. Pour les critiques du scénario, cela pourrait favoriser l'émergence d'un système de santé à deux vitesses, avec une offre privée parallèle au système public.

Pour autant, force est de constater que cette segmentation existe déjà. Dans le système actuel la qualité de la couverture dépend largement du statut professionnel, du niveau de revenu, ou du type de contrat souscrit. Dans cette configuration, les inégalités se traduisent concrètement par des restes-à-charge importants pour les personnes qui ne disposent pas d'une couverture complémentaire suffisante, par exemple pour les retraité-e-s à faibles revenus qui ont un fort besoin de soins et un accès à des complémentaires plus chères et de moindre qualité. Ces restes à charge – notamment liés aux dépassements d'honoraires, aux soins peu remboursés ou hors du panier « 100 % Santé » - constituent une barrière majeure à l'accès aux soins selon les niveaux socioéconomiques et les statuts professionnels des personnes. Ils conduisent à des retards de prise en charge, à des renoncements, ou à des soins incomplets, renforçant les inégalités sociales de santé. Cette réalité reflète aussi le poids croissant des logiques de marché dans l'organisation des soins, avec une influence forte des professionnel-le-s exerçant en secteur 2. Dans cette perspective, si le scénario de la « Grande Sécu » s'accompagnait d'un panier de soins suffisamment large et d'un niveau de prise en charge réellement protecteur, assuré par un financement solidaire, il pourrait constituer un levier de réduction des inégalités existante. Le reste à charge résiduel concernerait alors essentiellement aux dépassements d'honoraires, en particulier ceux pratiqués par les spécialistes en secteur 2 (Bras, 2022).

Pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, ces dépassements sont déjà interdits : ils-elles ne seraient donc pas pénalisés-e-s dans le scénario de la « Grande Sécu ». Pour les autres, la situation ne serait globalement pas plus défavorable qu'aujourd'hui : selon le HCAAM, la moitié des contrats individuels de complémentaire santé ne couvrent pas les dépassements d'honoraires, et 41 % des assuré-e-s n'ont pas recours à des soins soumis à une liberté tarifaire. En tout état de cause, le HCAAM souligne qu'un tel scénario devrait impérativement s'accompagner d'une régulation renforcée des dépassements d'honoraires, afin de prévenir toute dérive et garantir l'accès effectif aux soins.

Si la réforme proposée restait limitée, elle représenterait néanmoins une avancée déjà considérable en matière de justice sociale, de simplification administrative pour les usager-ère-s comme pour les professionnel-le-s de santé, de rationalisation du système et d'amélioration de l'accès aux soins. Comme le résume l'économiste Nicolas Da Silva : « Connait-on d'autres exemples de réformes de si petite ampleur capables à la fois de réaliser des économies substantielles et de bénéficier à la santé de tant de gens ? » (Da Silva, 2022).

Pourtant, ce projet s'est heurté à une coalition d'intérêts puissants, regroupant les acteurs du secteur complémentaire - mutuelles, institutions de prévoyance, assureurs privés - dont les prises de position sont souvent alignées avec leurs intérêts économiques.

#### UN PREMIER PAS VERS UNE COUVERTURE SANTÉ VÉRITABLEMENT UNIVERSELLE

La réforme dite de la « Grande Sécu » pourrait constituer un premier pas concret vers une couverture santé véritablement universelle, reposant sur une Assurance maladie obligatoire remboursant à 100 % et sur la fusion des différents dispositifs existants. Pour atteindre cet objectif, trois conditions sont essentielles : une gouvernance démocratique renouvelée, une inclusion effective de toutes les personnes résidant sur le territoire, et un financement à la hauteur des besoins collectifs.

#### Repenser la gouvernance : pour une réelle démocratie sanitaire

La mise en place d'une couverture santé véritablement universelle doit s'appuyer sur un renouvellement de la gouvernance démocratique de l'Assurance maladie, dépassant le seul cadre de la décision administrative ou étatique. Elle appelle un moment politique fort, en s'inspirant et en prolongeant l'élan de 1945. À cette époque, la Sécurité sociale s'est construite sur le principe que les assuré-e-s – en tant que contributeur-riche-s par la cotisation - devaient participer pleinement à la définition des prestations et à la gestion des caisses. Cette conception d'une démocratie sociale fondée sur l'implication des assuré-e-s conserve aujourd'hui toute sa pertinence. Repenser la gouvernance de l'Assurance maladie, c'est donc reconnaître la place centrale des assuré-e-s sociaux-ales dans son financement, mais aussi réhabiliter leur rôle dans sa définition et son pilotage. Elle doit aussi intégrer la voix des usager-ère-s, en tant qu'actrices et acteurs du soins. Cette exigence trouve un point d'ancrage historique dans les luttes des personnes vivant avec le VIH, qui ont profondément transformé le rapport entre patient-e-s, institutions et politiques publiques (Krikorian, 2014). Ces mobilisations ont montré que les usager-ère-s sont porteur-euse-s d'une expertise vécue, précieuse pour penser des politiques de santé plus justes, plus adaptées et plus inclusives.

Construire une gouvernance durable, c'est donc imaginer une cogestion des politiques de santé, fondée sur un dialogue permanent entre assuré-e-s sociaux-ales, professionnel-le-s, usager-ère-s et associations. C'est faire de la démocratie sanitaire un principe structurant d'un système de santé repensé comme un bien commun.

Pour impulser ce changement, Médecins du Monde propose l'organisation d'une Convention Citoyenne pour la Sécurité sociale de la Santé, sur le modèle de celle organisée pour le climat. Dans un contexte de crise de légitimité démocratique et de défiance envers les institutions, elle constituerait un moment fort de refondation démocratique de notre système d'Assurance maladie. Elle aurait pour objectif de permettre à des citoyen-ne-s de redéfinir les bases du système d'une couverture maladie universelle, à travers la formulation de propositions concrètes :

- sur le périmètre des soins, des services de prévention et des produits de santé garantis par l'Assurance maladie ;
- les principes de financement d'un système solidaire ;

- les modes de gouvernance des caisses et des instances de décision ;
- les droits et les devoirs des assuré-e-s, en lien avec l'accès aux soins, la prévention et l'organisation des parcours de santé.

Cette Convention citoyenne rassemblerait des citoyen-ne-s tiré-e-s au sort, reflétant la diversité sociale, territoriale et générationnelle de la population française. Elle associerait également des représentant-e-s de patient-e-s et d'usager-ère-s, porteur-euse-s d'une expertise d'usage, ainsi que des acteur-riche-s de la santé, professionnel-le-s, chercheur-euse-s, acteur-riche-s associatif-ve-s ou représentant-e-s mutualistes. Son fonctionnement reposerait sur un travail d'information, d'écoute et de débat, garantissant la qualité des données. Des séances publiques pourraient ponctuer les travaux, assurant transparence et participation du grand public. À l'issue des travaux, les propositions seraient transmises au Parlement, au gouvernement et aux partenaires sociaux, avec un engagement préalable à une concrétisation politique. Cette Convention aurait une valeur fondatrice : elle permettrait de remettre en débat le contrat social qui sous-tend la Sécurité sociale, d'associer les citoyen-ne-s aux décisions qui les concernent, et de construire un consensus renouvelé sur la place de la santé dans la société.

#### Assurer une véritable universalité en incluant toutes les personnes résidant effectivement sur le territoire

Une couverture santé dite « universelle » ne l'est pas tant qu'elle exclut une partie des résident-e-s, notamment les personnes en situation administrative précaire ou irrégulière. Depuis plusieurs décennies, les logiques de contrôle migratoire ont progressivement pris le pas sur celles de solidarité, avec l'introduction progressive d'une condition de régularité de séjour en matière de protection sociale. Celle-ci a été généralisée par la loi Pasqua de 1993, puis confirmée en matière d'Assurance maladie par la loi de 1999 sur la Couverture maladie universelle (CMU). Ce basculement a réduit la solidarité à un cadre étroit d'appartenance juridique, niant de fait les contributions réelles - sociales, économiques et humaines - des personnes étrangères vivant en situation administrative irrégulière sur le territoire. Les personnes sans autorisation de séjour sont aujourd'hui cantonnées à l'AME, un dispositif restreint, conditionné aux ressources, et stigmatisé dans le débat public.

D'un point de vue de santé publique, il est indispensable de les intégrer au sein de la couverture santé universelle, afin de permettre leur accès effectif à la prévention et aux soins. Plus une prise en charge intervient précocement, plus elle permet de prévenir l'aggravation des pathologies, de limiter les complications et d'éviter des situations où le pronostic vital est engagé. À l'inverse, une prise en charge tardive survient souvent dans un contexte d'urgence, nécessitant des hospitalisations longues et complexes, dans des structures déjà sous tension, pour un coût bien plus élevé – à la fois sur le plan humain et économique – pour la collectivité.

Selon Lola Isidro, « la protection sociale est nécessairement l'expression d'un vivre ensemble construit sur des relations de réciprocité entre celui qui pourvoit la protection et l'autre qui en bénéficie. Elle est une manifestation de solidarité. Néanmoins en amont, la solidarité présuppose l'existence d'une communauté à laquelle il faut appartenir pour être protégé » (Isidro, 2016). Il est donc urgent de redéfinir les contours de notre communauté : en intégrant pleinement les personnes sans

autorisation de séjour dans le système de protection sociale, on affirme une solidarité fondée sur la présence sur le territoire et la participation à la communauté, et non sur le statut administratif.

#### **La santé comme bien commun : pistes pour un financement plus solidaire**

La mise en place d'une couverture santé universelle appelle également à mettre en place des modalités de financement complémentaire de l'Assurance maladie, pour mieux répondre aux besoins de la population et renforcer l'universalité du système. Comme le rapport du HCAAM l'y invite, une option consisterait à redéployer les cotisations patronales actuellement affectées aux complémentaires santé obligatoires dans le secteur privé. Ce transfert, réalisé à prélèvement constant, permettrait de renforcer le financement de l'Assurance maladie sans accroître la charge globale pour les employeurs.

Au-delà du seul champ de l'Assurance maladie, d'autres leviers peuvent également être mobilisés pour assurer un financement plus solidaire et plus équitable de l'ensemble du système de protection sociale. Contrairement à une idée reçue, ce dernier souffre moins d'une dérive de ses dépenses que d'un déficit structurel de ses recettes, lié à des choix politiques en matière de finances publiques. Pour y remédier, un élargissement de l'assiette contributive pourrait être envisagé ainsi qu'une plus grande progressivité des prélèvements. Plusieurs propositions convergentes, portées par des acteur·rice·s syndicaux·ales, associatif·ve·s et académiques (*Observatoire de la justice fiscale, 2023 ; OXFAM, 2024*), mériteraient d'être débattues publiquement : réexamen du volume et des critères d'exonérations de cotisations sociales, réduction des inégalités salariales entre les femmes et les hommes, ou encore mesures de justice fiscale, ....

Loin de constituer un projet utopique, la mise en œuvre d'une couverture santé universelle s'appuie sur une réorientation cohérente des ressources existantes. Elle permettrait de recentrer le financement du système de santé autour de principes de solidarité, de transparence et d'efficacité, tout en simplifiant les mécanismes actuels, souvent complexes et de plus en plus inégalitaires.

**Pour garantir l'accès aux soins de toutes et tous, Médecins du Monde plaide pour :**

#### **— Une prise en charge à 100 % des frais de santé, définis selon les besoins des populations, garantie par l'Assurance maladie :**

- redéfinir démocratiquement le niveau de protection et le périmètre de solidarité souhaités ;
- assurer la couverture intégrale par l'Assurance maladie de tous les soins ainsi définis, sur l'ensemble du territoire national ;
- supprimer l'ensemble des restes à charge : ticket modérateur, forfaits, franchises et dépassements d'honoraires.

#### **— La mise en œuvre d'une couverture santé universelle, fondée sur la résidence :**

- fusionner les multiples dispositifs actuels (PUMa, C2S, AME) dans un seul régime de l'Assurance maladie, accessible sur la base d'une résidence stable et effective sur le territoire ;
- garantir les mêmes droits pour toutes les personnes résidant sur le territoire, quel que soit leur statut administratif, à travers une carte vitale unique et un égal accès à la prévention et aux soins.

#### **— Une gouvernance plus démocratique de l'Assurance maladie**

- rétablir une gouvernance réellement paritaire, en renforçant le rôle des assuré·e·s sociaux·ales, des organisations syndicales, et représentant·es d'usager·es dans les instances de décision.

**Pour y parvenir, nous recommandons d'ouvrir un débat démocratique sur l'avenir de l'Assurance maladie via l'organisation d'une convention citoyenne de la Sécurité sociale de la santé.**

# ANNEXES

# ANNEXES

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abecassis, P., Coutinet, N., & Domin, J.-P. (2018). Les transformations de l'assurance maladie complémentaire à la lumière de la démutualisation/hybridation des banques coopératives. *Revue d'économie industrielle*, 161, Article 161. <https://doi.org/10.4000/rei.6709>
- Action contre la faim, Coucou crew, Fondation Armée du Salut, & Utopia 56. (2024). *Enquête auprès des jeunes en procédure de reconnaissance de minorité à Paris*. <https://www.actioncontrelafaim.org/publication/enquete-aupres-des-jeunes-en-procedure-de-reconnaissance-de-minorite-a-paris/>
- Adjerad, R., Courtejoie, N., & DREES. (2020). Pour 1 % des patients, le reste à charge après assurance maladie obligatoire dépasse 3 700 euros annuels | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. *Études et Résultats*, 1171. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/pour-1-des-patients-le-reste-charge-apres-assurance-maladie>
- ARCEP, ARCOM, CGE, ANCT, & CREDOC. (2025). *Le baromètre du numérique*—Édition 2025. <https://www.arcep.fr/cartes-et-donnees/nos-publications-chiffres/barometre-du-numerique/le-barometre-du-numerique-edition-2025.html>
- Audiger, C., Fonteneau, L., Plaine, J., Heuzé, G., Catelinois, O., Raguét, S., Pépin, P., Vaux, S., Barret, A.-S., & Barré-Pierrel, S. (2025). Prévention du cancer du col de l'utérus en France: État des lieux de la vaccination et du dépistage et analyse des disparités territoriales, 2020-2023. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 3-4. [https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2025/3-4/2025\\_3-4\\_1.html](https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2025/3-4/2025_3-4_1.html)
- Balibar, É. (2011). Racisme et politique communautaire: Les Roms. *Lignes*, 34(1), 135-144. <https://doi.org/10.3917/lignes.034.0135>
- Batifoulier, P., & Da Silva, N. (2022). Grande Sécu: Domaine de la lutte. *La Revue Pratiques*, 96. <https://pratiques.fr/Grande-Secu-domaine-de-la-lutte>
- Batifoulier, P., & Del Sol, M. (2022). *Plus d'assurance santé pour moins de protection? Le patient face au marché*. 333. <https://doi.org/ffhal-03620995f>
- Batifoulier, P., & Silva, N. D. (2022). La petite réforme de la « grande sécu »: Illustration d'un capitalisme politique en santé? *Revue Française de Socio-Économie*, 29(2), 3-17. <https://doi.org/10.3917/rfse.029.0003>
- Bec, C. (2014). *La Sécurité sociale. Une institution de la démocratie* (Gallimard). <https://www.gallimard.fr/catalogue/la-securite-sociale/9782070143368>
- Bellon, G., Thibaud, M., Calarco, R., Sidibé, S., Pertinand, S., De Pascalis, C., & Maille, D. (2023). BELLON & al, Accès à l'aide médicale d'Etat en Ile-de-France: Une enquête accablante, Plein Droit n°139, Décembre 2023. *Plein Droit*, 139. [https://documentation.lenord.fr/detailstatic.aspx?RSC\\_BASE=CAIRN&RSC\\_DOCID=a9c9ab71de9b449471f2e28c19443dda&TITLE=acces-a-l-aide-medicale-d-etat-en-ile-de-france-nbsp-une-enquete-accablante&lg=fr-FR](https://documentation.lenord.fr/detailstatic.aspx?RSC_BASE=CAIRN&RSC_DOCID=a9c9ab71de9b449471f2e28c19443dda&TITLE=acces-a-l-aide-medicale-d-etat-en-ile-de-france-nbsp-une-enquete-accablante&lg=fr-FR)
- Borgetto, M. (2016). La Sécurité sociale à l'épreuve du principe d'universalité. *Revue de Droit Sanitaire et Social RDSS*, 1, 11-23.
- Bras, P.-L. (2022, February 24). Grande Sécu: Un débat tronqué. *La Grande Conversation*. <https://www.lagrandeconversation.com/societe/grande-secu-un-debat-tronque/>
- Caisse nationale d'assurance maladie & Etat. (2023). *Convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la CNAM 2023-2027: 6 grands objectifs pour l'Assurance Maladie*. <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/publications-referance/assurance-maladie/convention-objectifs-gestion>
- Carrère-Gée, M.-C., & Iacovelli, X. (2024). *Hausse des tarifs des complémentaires santé: L'impact sur le pouvoir d'achat des Français* (Rapport d'information Sénat 770). Sénat. <https://www.senat.fr/rap/r23-770/r23-770.html>
- Chadelat, J.-F. (2012). La couverture maladie universelle. *Revue d'histoire de la protection sociale*, 5(1), 101-113. <https://doi.org/10.3917/rhps.005.0101>
- Chareyron, S., L'Horty, Y., & Petit, P. (2020). *Les refus de soins discriminatoires: Tests dans trois spécialités médicales* [Rapport de recherche]. Défenseur des Droits. <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/etudes-et-recherches/2019/10/les-refus-de-soins-discriminatoires-tests-dans-trois-specialites>
- Chauchard, J.-P. (2018). Universalisation de la protection sociale: Vers la personnalisation des droits sociaux? *Revue française des affaires sociales*, 4, 129-148. <https://doi.org/10.3917/rfas.184.0129>
- CNDH Romeurope, Dom'Asile, Fédération des Acteurs de la Solidarité Ile-de-France, Médecins du Monde, Secours Catholique - Caritas France, Médecins sans Frontières, & Solidarité Jean-Merlin. (2025). *Accès à la domiciliation dans les centres communaux d'action sociale (CCAS) d'Île de France—Rapport d'enquête associatif*. [https://www.romeurope.org/wp-content/uploads/2025/03/RAP2025-AccesDomiciliationIDF\\_compressed.pdf](https://www.romeurope.org/wp-content/uploads/2025/03/RAP2025-AccesDomiciliationIDF_compressed.pdf)
- CNLE. (2024). *Avis sur le rapport annuel de la complémentaire santé solidaire (C2S): L'urgence de penser l'accès aux soins*.
- COMEDE. (2023). *Personnes étrangères vulnérables: Prévention, soins, accompagnement. Guide pratique pour les professionnel-le-s*. <https://www.santepubliquefrance.fr/import/personnes-etrangees-vulnerables-prevention-soins-accompagnement-guide-pratique-pour-les-professionnel-le-s>
- Conseil national de la résistance (CNR). (1944). *Les jours heureux*. 1.
- Cour des comptes. (2017). *L'avenir de l'Assurance maladie. Assurer l'efficacité des dépenses, responsabiliser les acteurs* [Rapport thématique]. [https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-11/20171129-rapport-avenir-assurance-maladie\\_0.pdf](https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-11/20171129-rapport-avenir-assurance-maladie_0.pdf)
- Cour des comptes. (2021). *Les complémentaires santé: Un système très protecteur mais peu efficient, Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale*, [Rapport thématique]. <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2021-07/20210721-132-3-1-rapport-complementaires-sante.pdf>
- Cour des comptes. (2022). *La réforme du 100 % santé | Cour des comptes*. <https://www.ccomptes.fr/publications/la-reforme-du-100-sante>
- Cour des comptes. (2024a). *Finances et comptes publics: La sécurité sociale. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale* [Rapport thématique]. Cour des comptes. <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2024>
- Cour des comptes. (2024b). *Programme France services (2020-2023)* [Rapport d'évaluation de politique publique]. <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/programme-france-services-2020-2023>
- Da Silva, N. (2022). *La bataille de la Sécu. Une histoire de la santé* (La Fabrique). <https://lafabrique.fr/la-bataille-de-la-secu/>
- Défenseur des droits. (2019). *Dématérialisation et inégalités d'accès aux services publics*. <https://www.defenseurdesdroits.fr/rapport-dematerialisation-et-inegalites-dacces-aux-services-publics-266>
- Défenseur des droits. (2021). *Pour une protection effective des droits des personnes Roms*. <https://www.defenseurdesdroits.fr/rapport-pour-une-protection-effective-des-droits-des-personnes-roms-268>
- Défenseur des droits. (2022). *Dématérialisation des services publics: Trois ans après, où en est-on? | Défenseur des Droits*. <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports/2022/02/rapport-dematerialisation-des-services-publics-trois-ans-apres-ou-en-est-on>
- Défenseur des droits. (2023). *L'accueil téléphonique de 4 services publics*. <https://www.defenseurdesdroits.fr/enquete-laccueil-telephonique-de-4-services-publics-458>
- Deville, C. (2023). *L'Etat social à distance: Dématérialisation et accès aux droits des classes populaires rurales* (Editions du Croquant).
- DIHAL. (2020). *Droit au séjour des ressortissants de l'Union européenne et des membres de leur famille | Fiche repère*. [https://www.info.gouv.fr/upload/media/organisation/0001/01/sites\\_default\\_files\\_contenu\\_piece-jointe\\_2022\\_07\\_2020-11-fiche\\_repere\\_dihal\\_-\\_droit\\_au\\_sejour.pdf](https://www.info.gouv.fr/upload/media/organisation/0001/01/sites_default_files_contenu_piece-jointe_2022_07_2020-11-fiche_repere_dihal_-_droit_au_sejour.pdf)
- Direction de la sécurité sociale. (2025). *La complémentaire santé solidaire*, [Rapport annuel].
- DREES. (2024a). *Le financement de la protection sociale en 2022. La protection sociale en France et en Europe en 2022. Résultats des comptes de la protection sociale*. DREES. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-referance/panoramas-de-la-drees/241120-Panorama-CNS24>
- DREES. (2024b). *Rapport 2024 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*. [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/rapports/241218\\_RAPPORT\\_hausse-des-cotisations](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/rapports/241218_RAPPORT_hausse-des-cotisations)
- DREES, Caro, M., Carpezat, M., & Forzy, L. (2023). *Le recours*
- et le non-recours à la complémentaire santé solidaire— Une étude qualitative des profils et des trajectoires des bénéficiaires | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. *Les Dossiers de La DREES*, 107. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/les-dossiers-de-la-drees/le-recours-et-le-non-recours-la>
- DREES, Didier, M., & Lefebvre, G. (2024). *Les dépenses de santé en 2023—Résultats des comptes de la santé—Édition 2024*. DREES. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-referance/panoramas-de-la-drees/241120-Panorama-CNS24>
- DREES, Fouquet, M., & Pollack, C. (2022). *L'assurance maladie publique contribue fortement à la réduction des inégalités de revenu | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques* (1220; Etudes et Résultats). DREES. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-etudes-et-resultats/lassurance-maladie-publique-contribue>
- DREES, Lapinte, A., Pollack, C., & Solotareff, R. (2024). *La complémentaire santé: Acteurs, bénéficiaires, garanties. Édition 2024 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques* (Panorama de La DREES Santé). DREES. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-referance/panoramas-de-la-drees/241120-Panorama-CNS24>
- DRIHL. (2023). *Situation de l'habitat et de l'hébergement au 31 décembre 2022*. <https://www.drihl.ile-de-france.developpement-durable.gouv.fr/situation-de-l-habitat-et-de-l-hebergement-au-31-a-1225.html>
- Drihl Île-de-France. (2025). *Porter à connaissance—Domiciliation 2024*. <https://www.drihl.ile-de-france.developpement-durable.gouv.fr>
- Dubois, V. (2008). *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*. <https://doi.org/10.4000/lectures.1112>
- Fédération des Acteurs de la Solidarité. (2024). *Accès aux droits entravé, insertion empêchée: Enquête sur les conséquences des dysfonctionnements du téléservice ANEF*. <https://www.federationsolidarite.org/wp-content/uploads/2024/10/Personnes-etrangees-Acces-aux-droits-entrave-insertion-empechee.pdf>
- Fédération des Mutuelles de France. (2023, November). *Argumentaire « La Grande Sécu? Chiche! »*. Argumentaire.
- Fondation Abbé Pierre. (2024). *29<sup>e</sup> rapport sur l'état du mal-logement en France 2024* (29; p. 338). Fondation Abbé Pierre. <https://www.fondation-abbe-pierre.fr/actualites/29e-rapport-sur-letat-du-mal-logement-en-france-2024>
- France Asso Santé. (2022, February 18). *La « grande Sécu »: La garantie d'un accès aux soins plus égalitaire. France Assos Santé*. <https://www.france-assos-sante.org/actualite/la-grande-secu-la-garantie-dun-acces-aux-soins-plus-egalitaire/>
- France Asso Santé. (2024). *Enquête nationale sur les restes à charge invisibles* [Rapport d'enquête]. <https://www.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/2024/11/Resultats-enquete-RACI-VDEF.pdf>
- Gabarro, C. (2017). *L'attribution de l'aide médicale d'Etat (AME) par les agents de l'Assurance maladie: Entre soupçon*

de fraude, figures de l'étranger et injonctions gestionnaires [These de doctorat, Sorbonne Paris Cité]. <https://www.theses.fr/2017USPCC167>

- Gagnon, A. (2018). La construction des attitudes envers les Roms: Le cas français. *Politique et Sociétés*, 37(1), 3–30.
- Haut Conseil de la Famille, de l'enfance et de l'âge, Conseil de l'âge. (2020). *L'incidence des réformes du '100 % santé' et de la complémentaires santé solidaire pour les personnes âgées. Note adoptée le 17 avril 2020*. [https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/note\\_rac\\_20.04.2020.pdf](https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/note_rac_20.04.2020.pdf)
- HCAAM. (2022). *Rapport du HCAAM Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire*. Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie. <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/HCAAM/2022/Rapport%20HCAAM-%20Quatre%20scenarios%20articulation%20AMO-AMC%20-%20janvier%202022.pdf>
- Hirsch, M., & Tabuteau, D. (2017, January 14). *Créons une assurance-maladie universelle*. [https://www.lemonde.fr/idees/article/2017/01/14/creons-une-assurance-maladie-universelle\\_5062590\\_3232.html](https://www.lemonde.fr/idees/article/2017/01/14/creons-une-assurance-maladie-universelle_5062590_3232.html)
- INED. (2025). *Âge moyen à la maternité—Naissance, fécondité—France—Les chiffres* [Dataset]. <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/naissance-fecondite/age-moyen-maternite/>
- INSEE. (2024). *L'essentiel sur... La pauvreté* [Dataset]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5759045>
- INSEE, Bendekkiche, H., & Viard-Guillot, L. (2023). 15 % de la population est en situation d'illectronisme en 2021—*Insee Première*—1953. *Insee Première*, 1953. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7633654>
- INSEE, Gleizes, F., Nougaret, A., Pla, A., & Viard-Guillot, L. (2022). Un tiers des adultes ont renoncé à effectuer une démarche administrative en ligne en 2021. *Insee Première*, 267. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6438420>
- INSERM, ANRS, & MIE. (2024). *CSF - Contexte des sexualités en France—Premiers résultats de l'enquête CSF-2023*. [https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2024/11/rapp\\_CSF\\_web.pdf](https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2024/11/rapp_CSF_web.pdf)
- Institut des Politiques Publiques – IPP. (2023). *Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'état*. Institut des Politiques Publiques. <https://www.ipp.eu/publication/les-refus-de-soins-opposes-aux-beneficiaires-de-la-complementaire-sante-solidaire-et-de-laide-medicale-de-letat/>
- Isidro, L. (2016). « L'étranger et la protection sociale | *Revue des droits et libertés fondamentaux*. <https://thesis.cnam.fr/RecordRedirect.htm?Record=19155609124919738819&URLdest=http%3A%2F%2Fwww%2Etheses%2Efr%2F2015PA100145%2Fdocument>
- Isidro, L. (2024). Nationalité et/ou résidence: Quel fondement de l'accès à la protection sociale des personnes étrangères? *Regards*, 64(2), 53–63. <https://doi.org/10.3917/regar.064.0053>
- Isidro, L., & Math, A. (2024). La préférence nationale, encoure, et toujours », *Plein droit* n°142, Octobre 2024. *Plein Droit*, 143
- Izambert, C. (2018). La régularité du séjour des étrangers en France: Frontière du projet d'universalisation de la protection sociale? *Revue française des affaires sociales*, 4, 17–37. <https://doi.org/10.3917/rfas.184.0017>
- Izambert, C. (2019). Un accès aux soins marqué du sceau de l'humanité?: Les ambiguïtés de l'accès à la santé des étrangers en situation irrégulière en France. *Communications*, 104(1), 95–106. <https://doi.org/10.3917/commu.104.0095>
- Jacquot, G. (2023, November 16). Le gouvernement n'a pas tranché! : La piste d'une hausse des franchises médicales enflamme le Sénat. *Public Sénat*. <https://www.publicsenat.fr/actualites/sante/le-gouvernement-na-pas-tranche-la-piste-dune-hausse-des-franchises-medicales-enflamme-le-senat>
- Jusot, F. (2014). La complémentaire santé: Une source d'inégalités face à la santé? *Les Tribunes de la santé*, 43(2), 69–78. <https://doi.org/10.3917/seve.043.0069>
- Jusot, F., Dourgnon, P., Wittwer, J., & Sarhiri, J. (2019). Le recours à l'Aide médicale de l'État des personnes en situation irrégulière en France: Premiers enseignements de l'enquête Premiers pas. *Questions d'économie de la santé IRDES*, 245. <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/245-le-recours-a-l-aide-medicale-de-l-etat-des-personnes-en-situation-irreguliere-en-france-enquete-premiers-pas.pdf>
- Jusot, F., Legal, R., Louvel, A., Pollack, C., & Shmuely, A. (2017). Assurance maladie et complémentaires santé: Comment contribuent-elles à la solidarité entre hauts et bas revenus? *Questions d'Economie de La Santé IRDES*, 225. <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/225-assurance-maladie-et-complementaires-sante.pdf>
- Jusot, F., & Wittwer, J. (2021, November 16). *Vers une Grande Sécu, enfin? | Collège des économistes de la santé*. <https://www.ces-asso.org/vers-une-grande-secu-enfin>
- Khouani, J., Blatrix, L., Tinland, A., Jégo, M., Gentile, G., Fond, G., Loundou, A., Fromentin, M., & Auquier, P. (2022). Health status of recently arrived asylum seekers in their host country: Results of a cross-sectional observational study. *BMC Public Health*, 22(1), 1688. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14095-8>
- Khouani, J., Landrin, M., Boulakia, R. C., Tahtah, S., Gentile, G., Desrues, A., Vengeon, M., Loundou, A., Barbaroux, A., Auquier, P., & Jégo, M. (2023). Incidence of sexual violence among recently arrived asylum-seeking women in France: A retrospective cohort study. *The Lancet Regional Health – Europe*, 34. <https://doi.org/10.1016/j.lanep.2023.100731>
- Krikorian, G. (2014). Un activisme savant. *La Vie des idées*. <https://laviedesidees.fr/Un-activisme-savant>
- Loison-Leruste, M. (2016). Le droit d'habiter la cité. *La Vie des idées*. <https://laviedesidees.fr/Le-droit-d-habiter-la-cite>
- Math, A. (2019). *Précarisation du séjour, condition de régularité et accès aux droits sociaux des étrangers IN La sécurité sociale—Universalité et modernité. Approche de droit comparé*. (Pedone). <https://pedone.info/livre/la-securite-sociale/>
- Math, A. (2024). Une histoire des droits aux prestations sociales des personnes étrangères. *Regards*, 64(2), 41–52. <https://doi.org/10.3917/regar.064.0041>
- Mazet, P. (2019). Vers l'État plateforme. La dématérialisation de la relation administrative. *La Vie des idées*. <https://laviedesidees.fr/Vers-l-Etat-plateforme>
- Médecins du Monde, Comède, Cimade, Dom'Asile, & Secours catholique. (2023). *Entraves dans l'accès à la santé, les conséquences de la réforme de 2019 sur le droit à l'aide médicale d'Etat* [Rapport d'enquête]. <https://www.medecinsdumonde.org/actualite/obstacles-a-la-sante-une-enquete-inedite-sur-laide-medicale-detat/>
- Ministère de l'Intérieur, Direction générale des étrangers en France. (2024). *Le parcours et le projet migratoire des primo-arrivants. Enquête Longitudinale sur l'Intégration des Primo-Arrivants (ELIPA 2)*. Ministère de l'Intérieur. <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Etudes/Enquete-Longitudinale-sur-l-Integration-des-Primo-Arrivants-ELIPA-2>
- Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. (2022, April 21). *Domiciliation des personnes sans domicile stable Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles*. <https://solidarites.gouv.fr/domiciliation-des-personnes-sans-domicile-stable>
- Ministère du travail de la santé et des solidarités. (2024, September). *Guide juridique de la domiciliation des personnes sans domicile stable*. <https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2024-11/Guide-juridique-domiciliation-accessible.pdf>
- Observatoire de la justice fiscale. (2023). *Réflexions sur le financement de la sécurité sociale*.
- Olivera, M. (2011). La fabrique experte de la « question rom »: Multiculturalisme et néolibéralisme imbriqués. *Lignes*, 34(1), 104–118. <https://doi.org/10.3917/lignes.034.0104>
- OXFAM. (2024). *Manifeste fiscal: Juste, vert et féministe—16 mesures concrètes pour une fiscalité juste, verte et féministe*. <https://www.oxfamfrance.org/rapports/manifeste-fiscal-juste-vert-et-feministe-queles-reformes-pour-un-modele-fiscal-moins-inegalitaire/>
- Petits Frères des Pauvres. (2019). *Exclusion numérique des personnes âgées étude Petits Frères des Pauvres*. <https://www.petitsfreresdespauvres.fr/sinformer/prises-de-position/contre-l'exclusion-numerique-de-4-millions-de-personnes-agees/>
- Pisani-Ferry, C. (2021). *Baromètre des résultats de l'action publique – France services: Des lieux au service du public dans les territoires, Note d'analyse*. <https://tnova.fr/democratie/politique-institutions/barometre-des-resultats-de-laction-publique-france-services-des-lieux-au-service-du-public-dans-les-territoires/>
- Revil, H., & Warin, P. (2019). Le numérique, le risque de ne plus prévenir le non-recours. *Vie sociale*, 28(4), 121–133. <https://doi.org/10.3917/vsoc.194.0121>
- Santé Publique France. (2016). *Baromètre santé 2016*. <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2016>
- Santé Publique France. (2023). *Baromètre Cancer 2021. Attitudes et comportements des Français face au cancer*. <https://www.santepubliquefrance.fr/import/barometre-cancer-2021.-attitudes-et-comportements-des-francais-face-au-cancer>
- Spire, A. (2008). *Accueillir ou reconduire—Enquête sur les guichets de l'immigration* (Éditions Raisons d'Agir).
- Syndicat de la Médecine Générale. (2023, August). *Manifeste pour promouvoir une Assurance Maladie Obligatoire Universelle Remboursant à 100 %*. [https://syndicollectif.fr/wp-content/uploads/2023/09/SMG-smg\\_manifeste\\_amour100\\_aout\\_2023.pdf](https://syndicollectif.fr/wp-content/uploads/2023/09/SMG-smg_manifeste_amour100_aout_2023.pdf)
- UFC QueChoisir. (2024a, January). *Hausse des complémentaires santé Des frais de gestion scandaleusement élevés*. <https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-hausse-des-complementaires-sante-des-frais-de-gestion-scandaleusement-eleves-n115702/>
- UFC QueChoisir. (2024b, February). *Dépassements d'honoraires. Stop à la médecine spécialisée à deux vitesses*.
- UFC QueChoisir. (2024c, March). *Des patients dépassés*. 633.
- UNCCAS. (2023). *La domiciliation en CCAS : porte d'accès aux droits* [Rapport d'enquête]. [https://www.unccas.org/sites/default/files/2023-09/domiciliation\\_unccas\\_062023\\_210x297mm\\_v17-2.pdf](https://www.unccas.org/sites/default/files/2023-09/domiciliation_unccas_062023_210x297mm_v17-2.pdf)
- Valat, B. (2001). *Histoire de la sécurité sociale (1945-1967). L'État, l'institution et la santé* (Economica). Persée - Portail des revues scientifiques en SHS. <https://nantes-histoire.org/l'assurance-maladie-en-france-de-1945-aux-defis-contemporains/>

# MÉTHODOLOGIE

## MÉTHODOLOGIE DU RECUEIL DE DONNÉES DES CASO

Depuis 2016, les données sont recueillies auprès des patients par les intervenants des Caso à l'aide d'un dossier patient informatisé (DPI). Il s'agit à la fois d'un outil de prise en charge socio-médicale des usagers accueillis dans les Caso et d'un outil de collecte de données, regroupant ce qui est appelé « visite » et « consultations ». Le DPI s'appuie sur un accès à une base de données unique centralisée sur Internet et hébergée par un « hébergeur de données de santé à caractère personnel » agréé et certifié pour les données de santé. Les données sont pseudonymisées avant leur extraction pour réaliser les analyses.

La structure de l'application (architecture de la base de données) a été définie pour répondre à la pluralité des formes de prise en charge des usagers existant dans les Caso en France. Ainsi, le DPI dispose des dossiers suivants : entretien d'accueil, dossier social (dont MNA, régularisation pour soins), infirmier, médical, dentaire, psychiatrie/psychologie, ophtalmologie/opticien, prévention DSSR, gynécologie/sage-femme, dermatologie, cardiologie, kinésithérapie, podologie, violences subies, accompagnement physique.

L'entretien d'accueil est rempli pour chaque patient, une fois et une seule, lors de sa première venue au Caso quelle que soit l'année. Il est conçu pour être un guide d'entretien permettant à l'accueillant-e et/ou au travailleur-se social-e d'examiner la situation sociale des patients, de les informer et de les orienter sur leurs droits et sur leurs démarches administratives. Il permet par ailleurs de disposer des caractéristiques des personnes rencontrées au jour de leur première visite.

Les autres dossiers sont complétés au fur et à mesure des visites des personnes et permettent d'enregistrer la situation actuelle et les antécédents des personnes et tous les actes réalisés dans les Caso. Dans le cas des dossiers de médecine générale, la situation vis-à-vis du statut sérologique et de la vaccination est enregistrée à la première visite, ainsi qu'en cas de modification lors des visites suivantes.

## LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES SOINS PRIMAIRES

Lors des consultations médicales, les diagnostics sont établis à partir de la classification internationale des soins de santé primaires<sup>43</sup>. Cet outil, reconnu par l'OMS, a été créé par la

Wonca (Association internationale des médecins de famille) dans le but de qualifier et de coder de manière standardisée :

- des symptômes ou des plaintes ;
- des pathologies diagnostiquées ;
- des procédures : actes réalisés par les médecins lors de la consultation ou en fin de consultation (orientations).

Elle comporte initialement 680 items (hors procédure de soins) et se présente sous la forme d'une grille à double entrée : 17 chapitres (ou appareils anatomiques) basés sur les systèmes corporels (système digestif, cardiovasculaire, neurologique, etc.) et sept rubriques.

### 17 chapitres (ou appareils anatomiques) identifiés par une lettre :

- A** Général et non spécifié<sup>44</sup>
- B** Sang, système hématopoïétique / immunologie (Blood, sang)
- D** Système Digestif
- F** Œil
- H** Oreille (Hearing, audition)
- K** Cardiovasculaire
- L** Ostéoarticulaire (Locomotion)
- N** Neurologique
- P** Psychologique
- R** Respiratoire
- S** Peau (Skin, peau)
- T** Métabolique, nutrition, endocrinien
- U** Système Urinaire
- W** Grossesse, accouchement, planning familial (Woman, femme)
- X** Système génital féminin et sein (Chromosome X)
- Y** Système génital masculin et sein (Chromosome Y)
- Z** Social<sup>45</sup>

**Sept rubriques** (symptômes, diagnostics et procédures ou actes médicaux réalisés pendant la consultation), identifiables dans chaque chapitre par un code couleur :

- Symptômes et plaintes – **vert** : codes 01 à 29
- Procédures – **gris** : codes 30 à 69
- Diagnostics ou maladies : codes 70 à 99
- Maladies infectieuses – **jaune**
- Tumeurs et néoplasmes – **bleu clair**
- Lésions traumatiques – **rose**
- Anomalies congénitales – **bleu foncé**
- Autres diagnostics – **violet**

Chaque item correspond à l'association d'une lettre (chapitre/appareil anatomique) et d'un **nombre** (correspondant à une rubrique).

Exemples :

Peur du VIH : **B 25** (**B** = sang, système hématopoïétique, immunologie / **25** = code spécifique / rubrique symptôme ou plainte (vert)).  
Angine aiguë : **R 76** (**R** = respiratoire et **76** = code spécifique / rubrique infection (jaune)).

Les procédures se construisent de la même manière : association d'une lettre correspondant à l'appareil concerné par la procédure et d'un nombre.

Exemples :

Résultats d'analyse sanguine dans le cadre d'un bilan de HTA : **K 60** (**K** = cardiovasculaire / **60** = code spécifique procédure (gris)).  
Rencontre de suivi pour une épilepsie traitée : **N 63** (**N** = neurologique / **63** = code spécifique procédure (gris)).  
Avis au sujet d'une prise en charge de grossesse : **W 45** (**W** = grossesse, accouchement et planification familiale / **45** = code spécifique procédure (gris)).

Remarques :

L'ORL est répartie entre les chapitres :

Respiratoire (exemples : saignement de nez / épistaxis R06 ; sinusite aiguë / chronique R75) ;  
Oreille (exemples : otalgie H01 ; otite moyenne aiguë H71 ; surdité H86...) ;  
Digestif (exemple : oreillons D71).

Le dentaire-stomatologie correspond au chapitre Digestif (exemple : symptôme / plainte dents / gencives D19).

Les médecins peuvent indiquer jusqu'à cinq résultats de consultations dans les dossiers médicaux. Ils notifient toutes les pathologies repérées en cours, l'objectif étant de rendre compte le plus fidèlement possible de l'état de santé des personnes rencontrées.

## ANALYSE GLOBALE DES DONNÉES

L'analyse des données Caso est confiée au cabinet de conseil en santé publique Sigia<sup>46</sup>. Le traitement et l'analyse des données ont été réalisés à l'aide du logiciel statistique R (version 4.4.3).

Sauf indication spécifique, les indicateurs présentés tout au long du rapport ont été calculés pour l'ensemble des personnes consultant dans les Caso en 2024 (ensemble de la file active). En annexe, ces indicateurs sont de nouveau présentés pour l'ensemble de la file active, ainsi que pour chaque Caso individuellement. La moyenne des valeurs de chaque Caso est également indiquée, elle permet de quantifier l'indicateur en attribuant le même poids à chaque Caso, quelle que soit la taille de sa file active.

## ANALYSE DES DONNÉES RECUEILLIES AVEC LA CISP

Le traitement des données médicales a été réalisé selon deux approches.

<sup>46</sup> www.sigia.pt

Dans une première phase, l'analyse des données médicales a été réalisée à partir de l'ensemble des consultations réalisées au cours de l'année 2024 dans le but d'estimer le poids respectif de chacune des pathologies sur l'ensemble des consultations. Il ne s'agit pas ici de prévalences dans la mesure où, au cours d'un même passage, certains patients ont pu bénéficier de plusieurs consultations ou se présenter aux consultations à plusieurs reprises au cours de l'année. Dans la suite des analyses, le traitement des données médicales n'est plus réalisé à partir de l'ensemble des consultations délivrées, mais à partir des patients venus consulter, cela dans le but d'obtenir une estimation plus précise des prévalences des différents types d'affections dans ces populations.

Rappelons enfin que le terme de « prévalence » n'est pas tout à fait approprié dans ce travail, dans la mesure où les consultants de Médecins du Monde ne subissent pas un examen complet permettant d'avoir une vue d'ensemble de leur état de santé. Il faut donc interpréter les prévalences en termes de fréquence de pathologies diagnostiquées, sans que l'on connaisse exactement la véritable prévalence de ces affections parmi les consultants.

L'ensemble des pathologies diagnostiquées ne sont pas décrites dans ce document. Celles présentées ont été sélectionnées au regard de la pertinence de leur suivi vis-à-vis des profils de personnes reçues dans les Caso (grande précarité). Huit diagnostics ont été choisis et décrits :

- Affections des dents ou gencives (maladie, symptôme ou plainte liée aux dents ou gencives),
- Infections respiratoires supérieures (trachéite, pharyngite, angine, sinusite ou laryngite aiguës),
- Infections respiratoires inférieures (pneumopathie, bronchiolite et bronchite aiguë ou chronique),
- Parasitoses ou candidoses cutanées (dont gale, pédiculose ou dermatophytes),
- Hypertension artérielle (non compliquée ou avec complication),
- Anxiété ou stress (trouble anxieux ou état anxieux, sensation d'anxiété ou nervosité ou tension, syndrome de stress post-traumatique et réaction de stress aigu),
- Dépression (dépression et sensation de dépression),
- Diabète (non insulino-dépendant ou insulino-dépendant).

## LIMITES ET BIAIS

Des formations sont réalisées par les équipes de Médecins du Monde pour les acteurs et actrices intervenant directement auprès des personnes reçues dans les Caso. Elles visent à présenter les consignes de remplissage du DPI, ainsi que les méthodes de conduite d'entretien, harmoniser la collecte des données (architecture du recueil, compréhension et formulation commune des questions, etc.). Un compagnonnage peut compléter cette démarche d'apprentissage. Toutefois, le turn-over des bénévoles est parfois une limite à la justesse du codage. En outre, certaines questions peuvent être considérées comme moins importantes au jour de la consultation et ne sont donc pas codées, d'où un taux de réponse bas. Par ailleurs, il peut arriver que lors d'une consultation la relation à la personne prédomine sur un codage immédiat qui peut donc être réalisé à postériori, des informations peuvent donc manquer.

<sup>43</sup> Pour plus d'informations sur la CISP, se référer au site internet du CISP-Club.

<sup>44</sup> Cette catégorie regroupe tous les symptômes et maladies qui ne peuvent être classés par appareil ou famille d'organes selon la logique de la CISP. On y retrouve par exemple des symptômes généraux (fièvre, douleur) ; des maladies infectieuses (tuberculose, rougeole, varicelle, etc.) quand elles ne sont pas classables ailleurs ; des cancers quand le cancer primitif n'est pas diagnostiqué ; mais aussi les polytraumatismes, les effets secondaires des médicaments, les allergies non pulmonaires et non cutanées, etc.

<sup>45</sup> Cette catégorie n'est pas utilisée lors de la consultation médicale, la dimension sociale étant abordée dans le dossier social de la personne.

	Ajaccio	Bordeaux	Grenoble	Lyon	Marseille	Montpellier	Nancy	Nice	Paris	Pau	Rouen	Saint-Denis	Strasbourg	Toulouse	Ensemble
<b>File active (a)</b>	76	1 601	1 113	1 135	1 007	1 375	710	1 048	1 843	339	600	2 592	455	1 224	15 118
<b>Consultations réalisées en 2024</b>	166	4 068	2 851	2 054	1 873	2 836	1 725	1 741	4 135	613	560	5 953	1 458	2 411	32 444
Nombre de patient-es différentes	74	1 488	1 105	1 020	960	1 287	705	964	1 829	336	407	2 544	442	1 125	14 286
<b>Consultations de médecine générale</b>	164	1 593	1 127	1 245	924	657	895	894	1 919	341	203	1 877	491	1 101	13 431
% de toutes les consultations	1,2%	11,9%	8,4%	9,3%	6,9%	4,9%	6,7%	6,7%	14,3%	2,5%	1,5%	14%	3,7%	8,2%	100%
Nombre de patient-es différentes	74	969	795	907	690	532	509	616	1 418	218	163	1 341	299	821	9 352
Nombre moyen de consultations par patient-e	2,2	1,6	1,4	1,4	1,3	1,2	1,8	1,5	1,4	1,6	1,2	1,4	1,6	1,3	1,4
<b>Consultations psychiques (b)</b>	0	261	0	0	0	0	5	68	362	15	0	385	0	315	1 411
% de toutes les consultations	0%	18,5%	0%	0%	0%	0%	0,4%	4,8%	25,7%	1,1%	0%	27,3%	0%	22,3%	100%
Nombre de patient-es différentes	0	77	0	0	0	0	3	25	142	13	0	147	0	129	536
Nombre moyen de consultations par patient	0	3,4	0	0	0	0	1,7	2,7	2,5	1,2	0	2,6	0	2,4	2,6
<b>Autres consultations de spécialités (c)</b>	0	2	83	0	0	0	0	0	0	0	0	66	0	0	151
% de toutes les consultations	0%	1,3%	55%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	43,7%	0%	0%	100%
Nombre de patient-es différentes	0	2	54	0	0	0	0	0	0	0	0	55	0	0	111
Nombre moyen de consultations par patient-e	0	1,0	1,5	0	0	0	0	0	0	0	0	1,2	0	0	1,4
<b>Consultations infirmières ou prévention (d)</b>	2	314	1 245	297	116	260	68	17	0	0	135	437	427	70	3 388
% de toutes les consultations	0%	0%	0%	0%	0%	75%	0%	0%	0%	25%	0%	0%	0%	0%	100%
Nombre de patient-es différentes	0	0	0	0	0	331	0	0	0	129	0	0	0	0	460
Nombre moyen de consultations par patient-e	0	0	0	0	0	2,3	0	0	0	2,0	0	0	0	0	2,2
<b>% de toutes les consultations</b>	0,1%	9,3%	36,7%	8,8%	3,4%	7,7%	2%	0,5%	0%	0%	4%	12,9%	12,6%	2,1%	100%
Nombre de patient-es différentes	2	276	920	261	98	223	66	16	0	0	131	385	275	54	2 707
Nombre moyen de consultations par patient-e	1,0	1,1	1,4	1,1	1,2	1,2	1,0	1,1	0	0	1,0	1,1	1,6	1,3	1,3

## ACTIVITÉS PAR CASO

	Ajaccio	Bordeaux	Grenoble	Lyon	Marseille	Montpellier	Nancy	Nice	Paris	Pau	Rouen	Saint-Denis	Strasbourg	Toulouse	Ensemble
<b>Entretiens sociaux (e)</b>	0	1 894	394	491	789	1 150	757	762	1 854	0	185	3 182	540	925	12 923
% de toutes les consultations	0%	14,7%	3%	3,8%	6,1%	8,9%	5,9%	5,9%	14,3%	0%	1,4%	24,6%	4,2%	7,2%	100%
Nombre de personnes différentes	0	918	281	315	581	753	449	512	1 281	0	169	2 065	268	490	8 082
Nombre moyen d'entretiens par personne	2,1	1,4	1,4	1,6	1,4	1,5	1,7	1,5	1,4	0	1,1	1,5	2,0	1,9	1,6

(a) La file active correspond au nombre de personnes différentes ayant eu au moins une consultation ou un entretien d'accueil au cours de l'année.

(b) Consultations psychologiques ou psychiatriques.

(c) Spécialités rencontrées en 2024 : ophtalmologie/optique (Grenoble) et cardiologie (Bordeaux et Saint-Denis).

(d) Inclues les consultations infirmières et les consultations DSSR (droits et santé sexuels et reproductifs).

(e) Inclues les entretiens sociaux, les entretiens mineur-es non accompagné-es et les entretiens de droit au séjour pour soin des étranger-ères-malades.

# ANALYSES PAR CASO

## AJACCIO

Nombre de personnes reçues (a)	% ensemble des personnes reçues des Caso	Nombre de consultations					
		Médecine générale	Psy-chiques	Autres spécialités	Dentaires	Infirmières ou prévention	Entretiens sociaux
76	0.5 %	164	0	0	0	2	0

(a) La file active correspond au nombre de personnes différentes ayant eu au moins une consultation ou un entretien d'accueil au cours de l'année.

### CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES SELON LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ ET L'ÉTAT DE SANTÉ

Thème	Indicateur	Modalité	Ville		Autres Caso		Ensemble	
			n	%	n	%	n	%
<b>Démographie</b>								
Genre (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Femmes			11	14,5 %	5 564	37 %	5 575	36,9 %
Âge (taux de réponse : ville 98.7 %, ensemble Caso 99.8 %)								
Médiane			44.7		34.1		34.1	
Classes d'âge (taux de réponse : ville 98.7 %, ensemble Caso 99.8 %)								
< 18			2	2,7 %	1 394	9,3 %	1 396	9,3 %
18-39			20	26,7 %	8 641	57,5 %	8 661	57,4 %
40-59			39	52 %	3 971	26,4 %	4 010	26,6 %
60 et plus			14	18,7 %	1 009	6,7 %	1 023	6,8 %
Ressortissant-e-s étranger-ère-s (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Étranger-ère-s								
			44	57,9 %	14 756	98,1 %	14 800	97,9 %
Groupe continental (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Afrique Subsaharienne								
			2	2,6 %	6 205	41,3 %	6 207	41,1 %
Maghreb								
			24	31,6 %	5 127	34,1 %	5 151	34,1 %
Europe hors UE								
			1	1,3 %	1 191	7,9 %	1 192	7,9 %
Proche et Moyen-Orient								
					629	4,2 %	629	4,2 %
Union européenne								
			48	63,2 %	923	6,1 %	971	6,4 %
Océanie et Amériques								
					256	1,7 %	256	1,7 %
Asie								
			1	1,3 %	704	4,7 %	705	4,7 %
Nationalités les plus représentées (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
France								
			32	42,1 %	286	1,9 %	318	2,1 %
Tunisie								
			9	11,8 %	605	4 %	614	4,1 %
Algérie								
			8	10,5 %	3 383	22,5 %	3 391	22,4 %
Roumanie								
			8	10,5 %	299	2 %	307	2 %
Maroc								
			7	9,2 %	940	6,3 %	947	6,3 %

Thème	Indicateur	Modalité	Ville		Autres Caso		Ensemble	
			n	%	n	%	n	%
<b>Migration</b>								
Durée de séjour en France des personnes reçues étrangères (a) (taux de réponse : ville 45.5 %, ensemble Caso 95.1 %)								
0 à 90 jours inclus								
					4 696	33,4 %	4 696	33,4 %
3 à moins de 6 mois								
					2 036	14,5 %	2 036	14,5 %
6 à moins de 12 mois								
			1	5 %	1 486	10,6 %	1 487	10,6 %
12 mois à moins de 2 ans								
			5	25 %	1 652	11,8 %	1 657	11,8 %
2 ans et plus								
			14	70 %	4 183	29,8 %	4 197	29,8 %
Situation au regard du séjour (b), (c) et (d) (taux de réponse : ville 0 %, ensemble Caso 76.1 %)								
Situation irrégulière								
					4 388	62,1 %	4 388	62,1 %
Demandeur d'asile (b), (e) (taux de réponse : ville 0 %, ensemble Caso 77.6 %)								
Dépôt ou tentative de dépôt								
					2 558	32,5 %	2 558	32,5 %
<b>Environnement économique</b>								
Activité rémunérée en France chez les plus de 16 ans (b) (taux de réponse : ville 0 %, ensemble Caso 78.4 %)								
Activité rémunérée								
					1 475	19,2 %	1 475	19,2 %
<b>Environnement physique</b>								
Situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 0 %, ensemble Caso 81.7 %)								
Logement personnel								
					646	7,4 %	646	7,4 %
Hébergement chez famille ou ami-e-s								
					4 747	54,2 %	4 747	54,2 %
Hébergement institutionnel ou militant								
					1 076	12,3 %	1 076	12,3 %
Squat ou bidonville								
					310	3,5 %	310	3,5 %
À la rue ou hébergement d'urgence								
					1 973	22,5 %	1 973	22,5 %
Ressenti situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 0 %, ensemble Caso 77.9 %)								
Temporaire ou instable								
					5 679	68 %	5 679	68 %
<b>Environnement social</b>								
Parentalité chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 0 %, ensemble Caso 82 %)								
Parent d'enfant(s) mineur-e(s)								
					2 353	30,2 %	2 353	30,2 %
Situation familiale chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 0 %, ensemble Caso 79.8 %)								
Vit seul avec enfant(s) mineur-e(s)								
					352	4,6 %	352	4,6 %
Vit seul sans enfant mineur-e								
					5 413	71,4 %	5 413	71,4 %
Vit en couple avec enfant(s) mineur-e(s)								
					749	9,9 %	749	9,9 %
Vit en couple sans enfant mineur-e								
					1 070	14,1 %	1 070	14,1 %
<b>Accès au système de santé</b>								
Renoncement aux soins (b) (taux de réponse : ville 0 %, ensemble Caso 51.5 %)								
Renoncement au cours des 12 derniers mois								
					797	14,4 %	797	14,4 %
Dépistage VIH (f) (taux de réponse : ville 0 %, ensemble Caso 10.2 %)								
Antécédent de dépistage VIH								
					221	29,3 %	221	29,3 %
Contraception (g) (taux de réponse : ville 0 %, ensemble Caso 34.4 %)								
Utilisation contraception chez femmes de 15 à 49 ans concernées								
					102	12,7 %	102	12,7 %
<b>Comportements individuels et expériences</b>								
Éligibilité couverture maladie (b) (taux de réponse : ville 0 %, ensemble Caso 72.7 %)								
PUMa ou AME								
					4 847	62,3 %	4 847	62,3 %
PUMa								
					1 525	19,6 %	1 525	19,6 %
AME								
					3 322	42,7 %	3 322	42,7 %
Droits effectifs couverture maladie (b) (taux de réponse : ville 0 %, ensemble Caso 68.1 %)								
PUMa ou AME								
					978	13,4 %	978	13,4 %

## AJACCIO

Thème	Indicateur	Modalité	Ville		Autres Caso		Ensemble	
			n	%	n	%	n	%
PUMa					609	8,4 %	609	8,4 %
AME					369	5,1 %	369	5,1 %
Droits ouverts chez personnes éligibles (b) (taux de réponse : ville NaN %, ensemble Caso 91.9 %)								
PUMa ou AME					942	21,1 %	942	21,1 %
PUMa					557	40,6 %	557	40,6 %
AME					353	11,4 %	353	11,4 %
Domiciliation (b) (taux de réponse : ville 0 %, ensemble Caso 78 %)								
Besoin d'une domiciliation administrative					2 300	27,5 %	2 300	27,5 %
Principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins (b) (taux de réponse : ville 0 %, ensemble Caso 60.1 %)								
État de santé lors des consultations de médecine générale								
Principaux chapitres de la CISP-2 liés aux diagnostics (h) (taux de réponse : ville 32.4 %, ensemble Caso 82.8 %)								
Ostéo-articulaire			8	33,3 %	1 488	19,3 %	1 496	19,3 %
Peau			4	16,7 %	991	12,8 %	995	12,8 %
Cardio-vasculaire			4	16,7 %	746	9,7 %	750	9,7 %
Digestif			3	12,5 %	1 718	22,2 %	1 721	22,2 %
Respiratoire			3	12,5 %	1 489	19,3 %	1 492	19,3 %
Diagnostics définis comme chroniques par les médecins au cours de l'année (taux de réponse : ville 25.7 %, ensemble Caso 44.2 %)								
Patient-e-s avec un diagnostic ou plus défini comme chronique			15	78,9 %	2 331	56,7 %	2 346	56,8 %
Diagnostics avec retard de recours aux soins d'après les médecins (taux de réponse : ville 25.7 %, ensemble Caso 45.8 %)								
Patient-e-s avec un diagnostic ou plus avec retard de recours aux soins			1	5,3 %	1 451	34,1 %	1 452	33,9 %
Urgence de la prise en charge d'après les médecins (taux de réponse : ville 1 2.8 %, ensemble Caso 48.6 %)								
Consultations nécessitant une prise en charge urgente ou assez urgente			2	9,5 %	2 529	38,9 %	2 531	38,8 %

(a) Durée entre la date de dernière entrée en France et la date de première consultation ou entretien en 2024.

(b) Situation lors de l'entretien d'accueil pour les personnes dont la première visite a eu lieu en 2024.

(c) Parmi les personnes étrangères majeures.

(d) Sans titre de séjour ou sans autorisation de séjour en France ; titre de séjour dans un autre pays européen et depuis plus de trois mois en France.

(e) Parmi les personnes étrangères hors Union européenne.

(f) Situation lors de la première consultation de médecine générale pour les personnes dont la première consultation a eu lieu en 2024.

(g) Patientes âgées de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'une consultation de médecine générale ou d'un entretien DSSR en 2024. Les patientes enceintes ou considérées comme non concernées au cours d'une consultation du fait, par exemple, d'un désir de grossesse ou de l'absence de menstruations ont été exclues de l'analyse.

(h) En nombre et pourcentage de patient-e-s ayant présenté à au moins une reprise en 2024 un diagnostic associé au chapitre.

Le chapitre de la CISP-2 « général et non spécifié » regroupe les symptômes, plaintes, diagnostics et motifs de consultation qui ne sont pas spécifiques à un appareil anatomique. Cette catégorie inclut, entre autres, les symptômes généraux, tels que la fatigue ou les douleurs généralisées ainsi que les infections générales (telles que tuberculose ou rougeole).

## BORDEAUX

Nombre de personnes reçues (a)	% ensemble des personnes reçues des Caso	Nombre de consultations					
		Médecine générale	Psy-chiques	Autres spécialités	Dentaires	Infirmières ou prévention	Entretiens sociaux
1 601	10.6 %	1 593	261	2	0	314	1 894

(a) La file active correspond au nombre de personnes différentes ayant eu au moins une consultation ou un entretien d'accueil au cours de l'année.

Thème	Indicateur	Modalité	Ville		Autres Caso		Ensemble	
			n	%	n	%	n	%
<b>Démographie</b>								
Genre (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Femmes			664	41,5 %	4 911	36,3 %	5 575	36,9 %
Âge (taux de réponse : ville 99.8 %, ensemble Caso 99.8 %)								
Médiane			36.2		33.9		34.1	
Classes d'âge (taux de réponse : ville 99.8 %, ensemble Caso 99.8 %)								
< 18			135	8,4 %	1 261	9,3 %	1 396	9,3 %
18-39			849	53,1 %	7 812	57,9 %	8 661	57,4 %
40-59			480	30 %	3 530	26,2 %	4 010	26,6 %
60 et plus			134	8,4 %	889	6,6 %	1 023	6,8 %
Ressortissants étranger-ère-s (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Étranger-ère-s								
			1 575	98,4 %	13 225	97,8 %	14 800	97,9 %
Groupe continental (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Afrique Subsaharienne			601	37,7 %	5 606	41,5 %	6 207	41,1 %
Maghreb			441	27,6 %	4 710	34,9 %	5 151	34,1 %
Europe hors UE			265	16,6 %	927	6,9 %	1 192	7,9 %
Proche et Moyen-Orient			36	2,3 %	593	4,4 %	629	4,2 %
Union européenne			194	12,2 %	777	5,7 %	971	6,4 %
Océanie et Amériques			21	1,3 %	235	1,7 %	256	1,7 %
Asie			38	2,4 %	667	4,9 %	705	4,7 %
Nationalités les plus représentées (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Algérie			255	15,9 %	3 136	23,2 %	3 391	22,4 %
Bulgarie			123	7,7 %	24	0,2 %	147	1 %
Géorgie			107	6,7 %	211	1,6 %	318	2,1 %
Maroc			101	6,3 %	846	6,3 %	947	6,3 %
RDC			83	5,2 %	457	3,4 %	540	3,6 %
<b>Migration</b>								
Durée de séjour en France des personnes reçues étrangères (a) (taux de réponse : ville 94 %, ensemble Caso 95.1 %)								
0 à 90 jours inclus			374	25,3 %	4 322	34,3 %	4 696	33,4 %
3 à moins de 6 mois			151	10,2 %	1 885	15 %	2 036	14,5 %
6 à moins de 12 mois			134	9 %	1 353	10,7 %	1 487	10,6 %
12 mois à moins de 2 ans			191	12,9 %	1 466	11,6 %	1 657	11,8 %
2 ans et plus			631	42,6 %	3 566	28,3 %	4 197	29,8 %
Situation au regard du séjour (b), (c), (d) (taux de réponse : ville 61.5 %, ensemble Caso 76.1 %)								

## BORDEAUX

Thème	Indicateur	Modalité	Ville		Autres Caso		Ensemble	
			n	%	n	%	n	%
Situation irrégulière			293	55,5 %	4 095	62,7 %	4 388	62,1 %
Demandeur d'asile (b), (e) (taux de réponse : ville 73.3 %, ensemble Caso 77.6 %)								
Dépôt ou tentative de dépôt			285	44,2 %	2 273	31,5 %	2 558	32,5 %
<b>Environnement économique</b>								
Activité rémunérée en France chez les plus de 16 ans (b) (taux de réponse : ville 83.8 %, ensemble Caso 78.4 %)								
Activité rémunérée			104	13,7 %	1 371	19,7 %	1 475	19,2 %
<b>Environnement physique</b>								
Situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 86 %, ensemble Caso 81.7 %)								
Logement personnel			55	6,5 %	591	7,5 %	646	7,4 %
Hébergement chez famille ou ami-e-s			394	46,8 %	4 353	55 %	4 747	54,2 %
Hébergement institutionnel ou militant			137	16,3 %	939	11,9 %	1 076	12,3 %
Squat ou bidonville			73	8,7 %	237	3 %	310	3,5 %
A la rue ou hébergement d'urgence			183	21,7 %	1 790	22,6 %	1 973	22,5 %
Ressenti situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 77.3 %, ensemble Caso 77.9 %)								
Temporaire ou instable			493	65,1 %	5 186	68,3 %	5 679	68 %
<b>Environnement social</b>								
Parentalité chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 85.2 %, ensemble Caso 82 %)								
Parent d'enfant(s) mineur-e(s)			228	30,4 %	2 125	30,2 %	2 353	30,2 %
Situation familiale chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 80.5 %, ensemble Caso 79.8 %)								
Vit seul avec enfant(s) mineur-e(s)			36	5,1 %	316	4,6 %	352	4,6 %
Vit seul sans enfant mineur-e			490	69,2 %	4 923	71,6 %	5 413	71,4 %
Vit en couple avec enfant(s) mineur-e(s)			83	11,7 %	666	9,7 %	749	9,9 %
Vit en couple sans enfant(s) mineur-e(s)			99	14 %	971	14,1 %	1 070	14,1 %
<b>Comportements individuels et expériences</b>								
Renoncement aux soins (b) (taux de réponse : ville 52 %, ensemble Caso 51.5 %)								
Renoncement au cours des 12 derniers mois			55	10,8 %	742	14,8 %	797	14,4 %
Dépistage VIH (f) (taux de réponse : ville 17.7 %, ensemble Caso 10.2 %)								
Antécédent de dépistage VIH			26	22 %	195	30,7 %	221	29,3 %
Contraception (g) (taux de réponse : ville 41.3 %, ensemble Caso 34.4 %)								
Utilisation contraception chez femmes de 15 à 49 ans concernées			12	11,4 %	90	12,9 %	102	12,7 %
<b>Accès au système de santé</b>								
Éligibilité couverture maladie (b) (taux de réponse : ville 60.4 %, ensemble Caso 72.7 %)								
PUMa ou AME			404	68,4 %	4 443	61,8 %	4 847	62,3 %
PUMa			150	25,4 %	1 375	19,1 %	1 525	19,6 %
AME			254	43 %	3 068	42,7 %	3 322	42,7 %
Droits effectifs couverture maladies (b) (taux de réponse : ville 50.9 %, ensemble Caso 68.1 %)								
PUMa ou AME			129	25,9 %	849	12,5 %	978	13,4 %
PUMa			83	16,7 %	526	7,7 %	609	8,4 %
AME			46	9,2 %	323	4,8 %	369	5,1 %
Droits ouverts chez personnes éligibles (b) (taux de réponse : ville 77.2 %, ensemble Caso 91.9 %)								
PUMa ou AME			126	40,4 %	816	19,7 %	942	21,1 %
PUMa			80	64 %	477	38,3 %	557	40,6 %
AME			43	23 %	310	10,7 %	353	11,4 %

Thème	Indicateur	Modalité	Ville		Autres Caso		Ensemble	
			n	%	n	%	n	%
Domiciliation (b) (taux de réponse : ville 79.3 %, ensemble Caso 78 %)								
Besoin d'une domiciliation administrative			153	19,7 %	2 147	28,3 %	2 300	27,5 %
Principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins (b) (taux de réponse : ville 59.2 %, ensemble Caso 60.1 %)								
Difficultés administratives			176	30,3 %	1 561	26,7 %	1 737	27 %
Méconnaissance des droits et des structures			167	28,8 %	1 718	29,3 %	1 885	29,3 %
Barrière linguistique			105	18,1 %	1 406	24 %	1 511	23,5 %
Difficultés financières			102	17,6 %	953	16,3 %	1 055	16,4 %
Aucun droit possible			53	9,1 %	1 217	20,8 %	1 270	19,7 %
<b>État de santé lors des consultations de médecine générale</b>								
Principaux chapitres de la CISP-2 liés aux diagnostics (h) (taux de réponse : ville 80.4 %, ensemble Caso 82.8 %)								
Respiratoire			184	23,6 %	1 308	18,8 %	1 492	19,3 %
Ostéo-articulaire			158	20,3 %	1 338	19,2 %	1 496	19,3 %
Digestif			152	19,5 %	1 569	22,5 %	1 721	22,2 %
Général et non spécifié			91	11,7 %	804	11,5 %	895	11,6 %
Cardio-vasculaire			85	10,9 %	665	9,5 %	750	9,7 %
Diagnostics définis comme chroniques par les médecins au cours de l'année (taux de réponse : ville 37.2 %, ensemble Caso 44.2 %)								
Patient-e-s avec un diagnostic ou plus défini comme chronique			174	48,3 %	2 172	57,6 %	2 346	56,8 %
Diagnostics avec retard de recours aux soins d'après les médecins (taux de réponse : ville 38.3 %, ensemble Caso 45.8 %)								
Patient-e-s avec un diagnostic ou plus avec retard de recours aux soins			35	9,4 %	1 417	36,3 %	1 452	33,9 %
Urgence de la prise en charge d'après les médecins (taux de réponse : ville 46.3 %, ensemble Caso 48.6 %)								
Consultations nécessitant une prise en charge urgente ou assez urgente			157	21,3 %	2 374	41 %	2 531	38,8 %

(a) Durée entre la date de dernière entrée en France et la date de première consultation ou entretien en 2024.

(b) Situation lors de l'entretien d'accueil pour les personnes dont la première visite a eu lieu en 2024.

(c) Parmi les personnes étrangères majeures.

(d) Sans titre de séjour ou sans autorisation de séjour en France ; titre de séjour dans un autre pays européen et depuis plus de trois mois en France.

(e) Parmi les personnes étrangères hors Union européenne.

(f) Situation lors de la première consultation de médecine générale pour les personnes dont la première consultation a eu lieu en 2024.

(g) Patientes âgées de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'une consultation de médecine générale ou d'un entretien DSSR en 2024. Les patientes enceintes ou considérées comme non concernées au cours d'une consultation du fait, par exemple, d'un désir de grossesse ou de l'absence de menstruations ont été exclues de l'analyse.

(h) En nombre et pourcentage de patients ayant présenté à au moins une reprise en 2024 un diagnostic associé au chapitre.

Le chapitre de la CISP-2 « général et non spécifié » regroupe les symptômes, plaintes, diagnostics et motifs de consultation qui ne sont pas spécifiques à un appareil anatomique. Cette catégorie inclut, entre autres, les symptômes généraux, tels que la fatigue ou les douleurs généralisées ainsi que les infections générales (telles que tuberculose ou rougeole).

## GRENOBLE

Nombre de personnes reçues (a)	% ensemble des personnes reçues des Caso	Nombre de consultations					
		Médecine générale	Psy-chiques	Autres spécialités	Dentaires	Infirmières ou prévention	Entretiens sociaux
1 113	7.4 %	1 127	0	83	0	1 245	394

(a) La file active correspond au nombre de personnes différentes ayant eu au moins une consultation ou un entretien d'accueil au cours de l'année.

Thème	Indicateur	Modalité	Ville		Autres Caso		Ensemble	
			n	%	n	%	n	%
<b>Démographie</b>								
Genre (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Femmes			415	37,3 %	5 160	36,8 %	5575	36,9 %
Âge (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 99.8 %)								
Médiane			29		34.5		34.1	
Classes d'âge (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 99.8 %)								
< 18			175	15,7 %	1 221	8,7 %	1 396	9,3 %
18-39			676	60,7 %	7 985	57,1 %	8 661	57,4 %
40-59			217	19,5 %	3 793	27,1 %	4 010	26,6 %
60 et plus			45	4 %	978	7 %	1 023	6,8 %
Ressortissants étranger ère-s (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Étranger ère-s			1 101	98,9 %	13 699	97,8 %	14 800	97,9 %
Groupe continental (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Afrique Subsaharienne			570	51,2 %	5 637	40,3 %	6 207	41,1 %
Maghreb			355	31,9 %	4 796	34,3 %	5 151	34,1 %
Europe hors UE			93	8,4 %	1 099	7,9 %	1 192	7,9 %
Proche et Moyen Orient			44	4 %	585	4,2 %	629	4,2 %
Union européenne			31	2,8 %	940	6,7 %	971	6,4 %
Océanie et Amériques			6	0,5 %	250	1,8 %	256	1,7 %
Asie			14	1,3 %	691	4,9 %	705	4,7 %
Nationalités les plus représentées (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Algérie			257	23,1 %	3 134	22,4 %	3 391	22,4 %
Guinée			197	17,7 %	702	5 %	899	5,9 %
Angola			105	9,4 %	150	1,1 %	255	1,7 %
RDC			104	9,3 %	436	3,1 %	540	3,6 %
Tunisie			77	6,9 %	537	3,8 %	614	4,1 %
<b>Migration</b>								
Durée de séjour en France des personnes reçues étrangères (a) (taux de réponse : ville 97.1 %, ensemble Caso 95.1 %)								
0 à 90 jours inclus			399	37,3 %	4 297	33 %	4 696	33,4 %
3 à moins de 6 mois			221	20,7 %	1 815	14 %	2 036	14,5 %
6 à moins de 12 mois			112	10,5 %	1 375	10,6 %	1 487	10,6 %
12 mois à moins de 2 ans			93	8,7 %	1 564	12 %	1 657	11,8 %
2 ans et plus			244	22,8 %	3 953	30,4 %	4 197	29,8 %
Situation au regard du séjour (b), (c), (d) (taux de réponse : ville 87.7 %, ensemble Caso 76.1 %)								
Situation irrégulière			331	56,6 %	4 057	62,6 %	4 388	62,1 %
Demandeur d'asile (b), (e) (taux de réponse : ville 86.4 %, ensemble Caso 77.6 %)								

Thème	Indicateur	Modalité	Ville		Autres Caso		Ensemble	
			n	%	n	%	n	%
Dépôt ou tentative de dépôt			337	48,8 %	2 221	31 %	2 558	32,5 %
<b>Environnement économique</b>								
Activité rémunérée en France chez les plus de 16 ans (b) (taux de réponse : ville 79.3 %, ensemble Caso 78.4 %)								
Activité rémunérée			75	13,2 %	1 400	19,6 %	1 475	19,2 %
<b>Environnement physique</b>								
Situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 91.3 %, ensemble Caso 81.7 %)								
Logement personnel			44	5,9 %	602	7,5 %	646	7,4 %
Hébergement chez famille ou amis			321	42,9 %	4 426	55,3 %	4 747	54,2 %
Hébergement institutionnel ou militant			97	13 %	979	12,2 %	1 076	12,3 %
Squat ou bidonville			13	1,7 %	297	3,7 %	310	3,5 %
A la rue ou hébergement d'urgence			274	36,6 %	1 699	21,2 %	1 973	22,5 %
Ressenti situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 86.2 %, ensemble Caso 77.9 %)								
Temporaire ou instable			558	78,9 %	5 121	67 %	5 679	68 %
<b>Environnement social</b>								
Parentalité chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 90.8 %, ensemble Caso 82 %)								
Parent d'enfant(s) mineur-e(s)			232	37,9 %	2 121	29,6 %	2 353	30,2 %
Situation familiale chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 88.7 %, ensemble Caso 79.8 %)								
Vit seul avec enfant(s) mineur-e(s)			34	5,7 %	318	4,6 %	352	4,6 %
Vit seul sans enfant mineur-e			415	69,4 %	4 998	71,5 %	5 413	71,4 %
Vit en couple avec enfant(s) mineur-e (s)			77	12,9 %	672	9,6 %	749	9,9 %
Vit en couple sans enfant mineur-e			72	12 %	998	14,3 %	1 070	14,1 %
<b>Comportements individuels et expériences</b>								
Renoncement aux soins (b) (taux de réponse : ville 42.8 %, ensemble Caso 51.5 %)								
Renoncement au cours des 12 derniers mois			38	10,8 %	759	14,7 %	797	14,4 %
Dépistage VIH (f) (taux de réponse : ville 3 %, ensemble Caso 10.2 %)								
Antécédent de dépistage VIH			2	10,5 %	219	29,8 %	221	29,3 %
Contraception (g) (taux de réponse : ville 28.4 %, ensemble Caso 34.4 %)								
Utilisation contraception chez femmes de 15 à 49 ans concernées			5	8,1 %	97	13,1 %	102	12,7 %
<b>Accès au système de santé</b>								
Éligibilité couverture maladie (b) (taux de réponse : ville 85.4 %, ensemble Caso 72.7 %)								
PUMa ou AME			413	59 %	4 434	62,6 %	4 847	62,3 %
PUMa			173	24,7 %	1 352	19,1 %	1 525	19,6 %
AME			240	34,3 %	3 082	43,5 %	3 322	42,7 %
Droits effectifs couverture maladies (b) (taux de réponse : ville 73.8 %, ensemble Caso 68.1 %)								
PUMa ou AME			55	9,1 %	923	13,8 %	978	13,4 %
PUMa			29	4,8 %	580	8,7 %	609	8,4 %
AME			26	4,3 %	343	5,1 %	369	5,1 %
Droits ouverts chez personnes éligibles (b) (taux de réponse : ville 85.2 %, ensemble Caso 91.9 %)								
PUMa ou AME			54	15,3 %	888	21,6 %	942	21,1 %
PUMa			26	18,6 %	531	43,1 %	557	40,6 %
AME			26	12,3 %	327	11,4 %	353	11,4 %
Domiciliation (b) (taux de réponse : ville 81.2 %, ensemble Caso 78 %)								
Besoin d'une domiciliation administrative			198	29,7 %	2 102	27,3 %	2 300	27,5 %
Principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins (b) (taux de réponse : ville 64.5 %, ensemble Caso 60.1 %)								
Aucun droit possible			103	19,5 %	1 167	19,8 %	1 270	19,7 %

## GRENOBLE

Thème	Indicateur	Modalité	Ville		Autres Caso		Ensemble	
			n	%	n	%	n	%
Difficultés administratives			102	19,3 %	1 635	27,7 %	1 737	27 %
Méconnaissance des droits et des structures			98	18,5 %	1 787	30,3 %	1 885	29,3 %
Barrière linguistique			39	7,4 %	1 472	24,9 %	1 511	23,5 %
Difficultés financières			30	5,7 %	1 025	17,4 %	1 055	16,4 %
<b>État de santé lors des consultations de médecine générale</b>								
Principaux chapitres de la CISP-2 liés aux diagnostics (h) (taux de réponse : ville 91.4 %, ensemble Caso 82.8 %)								
Digestif			255	35,1 %	1 466	20,9 %	1 721	22,2 %
Respiratoire			147	20,2 %	1 345	19,2 %	1 492	19,3 %
Peau			113	15,5 %	882	12,6 %	995	12,8 %
Ostéoarticulaire			110	15,1 %	1 386	19,7 %	1 496	19,3 %
Général et non spécifié			87	12 %	808	11,5 %	895	11,6 %
Diagnostics définis comme chroniques par les médecins au cours de l'année (taux de réponse : ville 81.1 %, ensemble Caso 44.2 %)								
Patients avec un diagnostic ou plus défini comme chronique			355	55 %	1 991	57,1 %	2 346	56,8 %
Diagnostics avec retard de recours aux soins d'après les médecins (taux de réponse : ville 82.5 %, ensemble Caso 45.8 %)								
Patients avec un diagnostic ou plus avec retard de recours aux soins			223	34 %	1 229	33,9 %	1 452	33,9 %
Urgence de la prise en charge d'après les médecins (taux de réponse : ville 78.2 %, ensemble Caso 48.6 %)								
Consultations nécessitant une prise en charge urgente ou assez urgente			424	48,1 %	2 107	37,3 %	2 531	38,8 %

(a) Durée entre la date de dernière entrée en France et la date de première consultation ou entretien en 2024.

(b) Situation lors de l'entretien d'accueil pour les personnes dont la première visite a eu lieu en 2024.

(c) Parmi les personnes étrangères majeures.

(d) Sans titre de séjour ou sans autorisation de séjour en France ; titre de séjour dans un autre pays européen et depuis plus de 3 mois en France.

(e) Parmi les personnes étrangères hors Union européenne.

(f) Situation lors de la première consultation de médecine générale pour les personnes dont la première consultation a eu lieu en 2024.

(g) Patientes âgées de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'une consultation de médecine générale ou d'un entretien DSSR en 2024. Les patientes enceintes ou considérées comme non concernées au cours d'une consultation du fait par exemple d'un désir de grossesse ou de l'absence de menstruations ont été exclues de l'analyse.

(h) En nombre et pourcentage de patients ayant présenté à au moins une reprise en 2024 un diagnostic associé au chapitre Le chapitre de la CISP-2 « général et non spécifié » regroupe les symptômes, plaintes, diagnostics et motifs de consultation qui ne sont pas spécifiques à un appareil anatomique. Cette catégorie inclut, entre autres, les symptômes généraux, tels que la fatigue ou les douleurs généralisées ainsi que les infections générales (tel que tuberculose ou rougeole).

## LYON

Nombre de personnes reçues (a)	% ensemble des personnes reçues des Caso	Nombre de consultations					
		Médecine générale	Psy-chiques	Autres spécialités	Dentaires	Infirmières ou prévention	Entretiens sociaux
1 135	7.5 %	1 245	0	0	0	297	491

(a) La file active correspond au nombre de personnes différentes ayant eu au moins une consultation ou un entretien d'accueil au cours de l'année.

Thème	Indicateur	Modalité	Ville		Autres Caso		Ensemble	
			n	%	n	%	n	%
<b>Démographie</b>								
Genre (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Femmes			335	29,5 %	5 240	37,5 %	5 575	36,9 %
Âge (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 99.8 %)								
Médiane			30.7		34.4		34.1	
Classes d'âge (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 99.8 %)								
< 18			219	19,3 %	1 177	8,4 %	1 396	9,3 %
18-39			634	55,9 %	8 027	57,5 %	8 661	57,4 %
40-59			224	19,7 %	3 786	27,1 %	4 010	26,6 %
60 et plus			58	5,1 %	965	6,9 %	1 023	6,8 %
Ressortissants étranger ère-s (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Étranger ère-s			1 114	98,1 %	13 686	97,9 %	14 800	97,9 %
Groupe continental (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Afrique Subsaharienne			519	45,8 %	5 688	40,7 %	6 207	41,1 %
Maghreb			406	35,8 %	4 745	33,9 %	5 151	34,1 %
Europe hors UE			61	5,4 %	1 131	8,1 %	1 192	7,9 %
Proche et Moyen Orient			28	2,5 %	6 01	4,3 %	629	4,2 %
Union européenne			81	7,1 %	890	6,4 %	971	6,4 %
Océanie et Amériques			12	1,1 %	244	1,7 %	256	1,7 %
Asie			27	2,4 %	678	4,9 %	705	4,7 %
Nationalités les plus représentées (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Algérie			346	30,5 %	3 045	21,8 %	3 391	22,4 %
Guinée			160	14,1 %	739	5,3 %	899	5,9 %
Côte d'Ivoire			55	4,8 %	1 329	9,5 %	1 384	9,2 %
RDC			55	4,8 %	485	3,5 %	540	3,6 %
Roumanie			52	4,6 %	255	1,8 %	307	2 %
<b>Migration</b>								
Durée de séjour en France des personnes reçues étrangères (a) (taux de réponse : ville 98.6 %, ensemble Caso 95.1 %)								
0 à 90 jours inclus			457	41,6 %	4 239	32,7 %	4 696	33,4 %
3 à moins de 6 mois			208	18,9 %	1 828	14,1 %	2 036	14,5 %
6 à moins de 12 mois			132	12 %	1 355	10,4 %	1 487	10,6 %
12 mois à moins de 2 ans			98	8,9 %	1 559	12 %	1 657	11,8 %
2 ans et plus			203	18,5 %	3 994	30,8 %	4 197	29,8 %
Situation au regard du séjour (b), (c), (d) (taux de réponse : ville 90.9 %, ensemble Caso 76.1 %)								
Situation irrégulière			379	56 %	4 009	62,8 %	4 388	62,1 %
Demandeur d'asile (b), (e) (taux de réponse : ville 91.5 %, ensemble Caso 77.6 %)								

**LYON**

Thème	Indicateur	Modalité	Ville		Autres Caso		Ensemble	
			n	%	n	%	n	%
Dépôt ou tentative de dépôt			281	33,9 %	2 277	32,4 %	2 558	32,5 %
<b>Environnement économique</b>								
Activité rémunérée en France chez les plus de 16 ans (b) (taux de réponse : ville 92 %, ensemble Caso 78.4 %)								
Activité rémunérée			79	10,3 %	1 396	20,1 %	1 475	19,2 %
<b>Environnement physique</b>								
Situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 96.7 %, ensemble Caso 81.7 %)								
Logement personnel			38	4,1 %	608	7,8 %	646	7,4 %
Hébergement chez famille ou amis			358	38,4 %	4 389	56,1 %	4 747	54,2 %
Hébergement institutionnel ou militant			110	11,8 %	966	12,4 %	1 076	12,3 %
Squat ou bidonville			56	6 %	254	3,2 %	310	3,5 %
A la rue ou hébergement d'urgence			371	39,8 %	1 602	20,5 %	1 973	22,5 %
Ressenti situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 96.7 %, ensemble Caso 77.9 %)								
Temporaire ou instable			773	82,9 %	4 906	66,2 %	5 679	68 %
<b>Environnement social</b>								
Parentalité chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 96.1 %, ensemble Caso 82 %)								
Parent d'enfant(s) mineur-e (s)			214	29,2 %	2 139	30,3 %	2 353	30,2 %
Situation familiale chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 94.2 %, ensemble Caso 79.8 %)								
Vit seul avec enfant(s) mineur-e (s)			31	4,3 %	321	4,7 %	352	4,6 %
Vit seul sans enfant mineur-e			518	72,1 %	4 895	71,3 %	5 413	71,4 %
Vit en couple avec enfant(s) mineur-e (s)			66	9,2 %	683	9,9 %	749	9,9 %
Vit en couple sans enfant mineur-e			103	14,3 %	967	14,1 %	1 070	14,1 %
<b>Comportements individuels et expériences</b>								
Renoncement aux soins (b) (taux de réponse : ville 59.3 %, ensemble Caso 51.5 %)								
Renoncement au cours des 12 derniers mois			29	5,1 %	768	15,5 %	797	14,4 %
Dépistage VIH (f) (taux de réponse : ville 2.7 %, ensemble Caso 10.2 %)								
Antécédent de dépistage VIH			14	66,7 %	207	28,3 %	221	29,3 %
Contraception (g) (taux de réponse : ville 41.7 %, ensemble Caso 34.4 %)								
Utilisation contraception chez femmes de 15 à 49 ans concernées			7	9,6 %	95	13 %	102	12,7 %
<b>Accès au système de santé</b>								
Éligibilité couverture maladie (b) (taux de réponse : ville 91.6 %, ensemble Caso 72.7 %)								
PUMa ou AME			517	58,5 %	4 330	62,8 %	4 847	62,3 %
PUMa			225	25,5 %	1 300	18,8 %	1 525	19,6 %
AME			292	33 %	3 030	43,9 %	3 322	42,7 %
Droits effectifs couverture maladies (b) (taux de réponse : ville 89.9 %, ensemble Caso 68.1 %)								
PUMa ou AME			123	14,2 %	855	13,3 %	978	13,4 %
PUMa			86	9,9 %	523	8,1 %	609	8,4 %
AME			37	4,3 %	332	5,2 %	369	5,1 %
Droits ouverts chez personnes éligibles (b) (taux de réponse : ville 97.3 %, ensemble Caso 91.9 %)								
PUMa ou AME			120	23,9 %	822	20,8 %	942	21,1 %
PUMa			83	38,8 %	474	41 %	557	40,6 %
AME			36	12,5 %	317	11,3 %	353	11,4 %
Domiciliation (b) (taux de réponse : ville 94.7 %, ensemble Caso 78 %)								
Besoin d'une domiciliation administrative			315	34,5 %	1 985	26,7 %	2 300	27,5 %

Thème	Indicateur	Modalité	Ville		Autres Caso		Ensemble	
			n	%	n	%	n	%
Principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins (b) (taux de réponse : ville 81.6 %, ensemble Caso 60.1 %)								
Aucun droit possible			243	30,9 %	1 027	18,2 %	1 270	19,7 %
Difficultés administratives			234	29,7 %	1 503	26,6 %	1 737	27 %
Méconnaissance des droits et des structures			229	29,1 %	1 656	29,3 %	1 885	29,3 %
Barrière linguistique			195	24,8 %	1 316	23,3 %	1 511	23,5 %
Difficultés financières			71	9 %	984	17,4 %	1 055	16,4 %
<b>État de santé lors des consultations de médecine générale</b>								
Principaux chapitres de la CISP-2 liés aux diagnostics (h) (taux de réponse : ville 85 %, ensemble Caso 82.8 %)								
Digestif			164	21,3 %	1 557	22,3 %	1 721	22,2 %
Respiratoire			152	19,7 %	1 340	19,2 %	1 492	19,3 %
Ostéoarticulaire			143	18,5 %	1 353	19,4 %	1 496	19,3 %
Peau			125	16,2 %	870	12,5 %	995	12,8 %
Général et non spécifié			88	11,4 %	807	11,6 %	895	11,6 %
Diagnostics définis comme chroniques par les médecins au cours de l'année (taux de réponse : ville 39.6 %, ensemble Caso 44.2 %)								
Patients avec un diagnostic ou plus défini comme chronique			180	50,1 %	2 166	57,4 %	2 346	56,8 %
Diagnostics avec retard de recours aux soins d'après les médecins (taux de réponse : ville 40.7 %, ensemble Caso 45.8 %)								
Patients avec un diagnostic ou plus avec retard de recours aux soins			124	33,6 %	1 328	34 %	1 452	33,9 %
Urgence de la prise en charge d'après les médecins (taux de réponse : ville 46.7 %, ensemble Caso 48.6 %)								
Consultations nécessitant une prise en charge urgente ou assez urgente			272	46,7 %	2 259	38 %	2 531	38,8 %

(a) Durée entre la date de dernière entrée en France et la date de première consultation ou entretien en 2024.

(b) Situation lors de l'entretien d'accueil pour les personnes dont la première visite a eu lieu en 2024.

(c) Parmi les personnes étrangères majeures.

(d) Sans titre de séjour ou sans autorisation de séjour en France ; titre de séjour dans un autre pays européen et depuis plus de 3 mois en France.

(e) Parmi les personnes étrangères hors Union européenne.

(f) Situation lors de la première consultation de médecine générale pour les personnes dont la première consultation a eu lieu en 2024.

(g) Patientes âgées de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'une consultation de médecine générale ou d'un entretien DSSR en 2024. Les patientes enceintes ou considérées comme non concernées au cours d'une consultation du fait par exemple d'un désir de grossesse ou de l'absence de menstruations ont été exclues de l'analyse.

(h) En nombre et pourcentage de patients ayant présenté à au moins une reprise en 2024 un diagnostic associé au chapitre Le chapitre de la CISP-2 « général et non spécifié » regroupe les symptômes, plaintes, diagnostics et motifs de consultation qui ne sont pas spécifiques à un appareil anatomique. Cette catégorie inclut, entre autres, les symptômes généraux, tels que la fatigue ou les douleurs généralisées ainsi que les infections générales (tel que tuberculose ou rougeole).

## MARSEILLE

Nombre de personnes reçues (a)	% ensemble des personnes reçues des Caso	Nombre de consultations					
		Médecine générale	Psy-chiques	Autres spécialités	Dentaires	Infirmières ou prévention	Entretiens sociaux
1 007	6.7 %	924	0	0	0	116	789

(a) La file active correspond au nombre de personnes différentes ayant eu au moins une consultation ou un entretien d'accueil au cours de l'année.

Thème	Indicateur	Modalité	Ville		Autres Caso		Ensemble	
			n	%	n	%	n	%
<b>Démographie</b>								
Genre (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Femmes			326	32,4 %	5 249	37,2 %	5 575	36,9 %
Âge (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 99.8 %)								
Médiane			31.8		34.3		34.1	
Classes d'âge (taux de réponse : ville 99.8 %, ensemble Caso 99.8 %)								
< 18			142	14,1 %	1 254	8,9 %	1 396	9,3 %
18-39			565	56,2 %	8 096	57,5 %	8 661	57,4 %
40-59			232	23,1 %	3 778	26,8 %	4 010	26,6 %
60 et plus			66	6,6 %	957	6,8 %	1 023	6,8 %
Ressortissants étranger ère-s (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Étranger ère-s			989	98,2 %	13 811	97,9 %	14 800	97,9 %
Groupe continental (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Afrique Subsaharienne			334	33,2 %	5 873	41,6 %	6 207	41,1 %
Maghreb			585	58,1 %	4 566	32,4 %	5 151	34,1 %
Europe hors UE			31	3,1 %	1 161	8,2 %	1 192	7,9 %
Proche et Moyen Orient			11	1,1 %	618	4,4 %	629	4,2 %
Union européenne			35	3,5 %	936	6,6 %	971	6,4 %
Océanie et Amériques			5	0,5 %	251	1,8 %	256	1,7 %
Asie			6	0,6 %	699	5 %	705	4,7 %
Nationalités les plus représentées (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Algérie			496	49,3 %	2895	20,5 %	3 391	22,4 %
Comores			94	9,3 %	110	0,8 %	204	1,3 %
Guinée			76	7,5 %	823	5,8 %	899	5,9 %
Tunisie			53	5,3 %	561	4 %	614	4,1 %
Nigéria			52	5,2 %	316	2,2 %	368	2,4 %
<b>Migration</b>								
Durée de séjour en France des personnes reçues étrangères (a) (taux de réponse : ville 97.8 %, ensemble Caso 95.1 %)								
0 à 90 jours inclus			369	38,2 %	4 327	33 %	4 696	33,4 %
3 à moins de 6 mois			136	14,1 %	1 900	14,5 %	2 036	14,5 %
6 à moins de 12 mois			104	10,8 %	1 383	10,6 %	1 487	10,6 %
12 mois à moins de 2 ans			92	9,5 %	1 565	11,9 %	1 657	11,8 %
2 ans et plus			266	27,5 %	3 931	30 %	4 197	29,8 %
Situation au regard du séjour (b), (c), (d) (taux de réponse : ville 76.5 %, ensemble Caso 76.1 %)								
Situation irrégulière			354	72,5 %	4 034	61,4 %	4 388	62,1 %
Demandeur d'asile (b), (e) (taux de réponse : ville 75.8 %, ensemble Caso 77.6 %)								

Thème	Indicateur	Modalité	Ville		Autres Caso		Ensemble	
			n	%	n	%	n	%
Dépôt ou tentative de dépôt			88	15,5 %	2 470	33,9 %	2 558	32,5 %
<b>Environnement économique</b>								
Activité rémunérée en France chez les plus de 16 ans (b) (taux de réponse : ville 81.8 %, ensemble Caso 78.4 %)								
Activité rémunérée			132	23,5 %	1 343	18,8 %	1 475	19,2 %
<b>Environnement physique</b>								
Situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 73.5 %, ensemble Caso 81.7 %)								
Logement personnel			63	11 %	583	7,1 %	646	7,4 %
Hébergement chez famille ou amis			350	61,2 %	4 397	53,8 %	4 747	54,2 %
Hébergement institutionnel ou militant			36	6,3 %	1 040	12,7 %	1 076	12,3 %
Squat ou bidonville			40	7 %	270	3,3 %	310	3,5 %
A la rue ou hébergement d'urgence			83	14,5 %	1 890	23,1 %	1 973	22,5 %
Ressenti situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 78.4 %, ensemble Caso 77.9 %)								
Temporaire ou instable			337	55,2 %	5 342	69 %	5 679	68 %
<b>Environnement social</b>								
Parentalité chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 81.5 %, ensemble Caso 82 %)								
Parent d'enfant(s) mineur-e (s)			150	28,2 %	2 203	30,4 %	2 353	30,2 %
Situation familiale chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 79.8 %, ensemble Caso 79.8 %)								
Vit seul avec enfant(s) mineur-e (s)			17	3,3 %	335	4,7 %	352	4,6 %
Vit seul sans enfant mineur-e			348	66,8 %	5 065	71,7 %	5 413	71,4 %
Vit en couple avec enfant(s) mineur-e (s)			83	15,9 %	666	9,4 %	749	9,9 %
Vit en couple sans enfant mineur-e			73	14 %	997	14,1 %	1 070	14,1 %
<b>Comportements individuels et expériences</b>								
Renoncement aux soins (b) (taux de réponse : ville 61.4 %, ensemble Caso 51.5 %)								
Renoncement au cours des 12 derniers mois			38	7,9 %	759	15,1 %	797	14,4 %
Dépistage VIH (f) (taux de réponse : ville 5.6 %, ensemble Caso 10.2 %)								
Antécédent de dépistage VIH			11	34,4 %	210	29,1 %	221	29,3 %
Contraception (g) (taux de réponse : ville 48.8 %, ensemble Caso 34.4 %)								
Utilisation contraception chez femmes de 15 à 49 ans concernées			11	17,7 %	91	12,3 %	102	12,7 %
<b>Accès au système de santé</b>								
Éligibilité couverture maladie (b) (taux de réponse : ville 71.6 %, ensemble Caso 72.7 %)								
PUMa ou AME			357	64,1 %	4 490	62,1 %	4 847	62,3 %
PUMa			63	11,3 %	1 462	20,2 %	1 525	19,6 %
AME			294	52,8 %	3 028	41,9 %	3 322	42,7 %
Droits effectifs couverture maladies (b) (taux de réponse : ville 65.4 %, ensemble Caso 68.1 %)								
PUMa ou AME			51	10 %	927	13,7 %	978	13,4 %
PUMa			17	3,3 %	592	8,7 %	609	8,4 %
AME			34	6,7 %	335	4,9 %	369	5,1 %
Droits ouverts chez personnes éligibles (b) (taux de réponse : ville 92.7 %, ensemble Caso 91.9 %)								
PUMa ou AME			50	15,1 %	892	21,6 %	942	21,1 %
PUMa			16	28,1 %	541	41,2 %	557	40,6 %
AME			33	12 %	320	11,4 %	353	11,4 %
Domiciliation (b) (taux de réponse : ville 74.4 %, ensemble Caso 78 %)								
Besoin d'une domiciliation administrative			169	29,2 %	2 131	27,4 %	2 300	27,5 %
Principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins (b) (taux de réponse : ville 68.8 %, ensemble Caso 60.1 %)								
Aucun droit possible			176	32,9 %	1 094	18,5 %	1 270	19,7 %

## MARSEILLE

Thème	Indicateur	Modalité	Ville		Autres Caso		Ensemble	
			n	%	n	%	n	%
Difficultés administratives			165	30,8 %	1 572	26,6 %	1 737	27 %
Méconnaissance des droits et des structures			162	30,3 %	1 723	29,2 %	1 885	29,3 %
Barrière linguistique			138	25,8 %	1 373	23,3 %	1 511	23,5 %
Difficultés financières			77	14,4 %	978	16,6 %	1 055	16,4 %
<b>État de santé lors des consultations de médecine générale</b>								
Principaux chapitres de la CISP-2 liés aux diagnostics (h) (taux de réponse : ville 60.3 %, ensemble Caso 82.8 %)								
Ostéoarticulaire			92	22,1 %	1 404	19,2 %	1 496	19,3 %
Respiratoire			79	19 %	1 413	19,3 %	1 492	19,3 %
Digestif			65	15,6 %	1 656	22,6 %	1 721	22,2 %
Général et non spécifié			55	13,2 %	840	11,5 %	895	11,6 %
Peau			55	13,2 %	940	12,8 %	995	12,8 %
Diagnostics définis comme chroniques par les médecins au cours de l'année (taux de réponse : ville 53.2 %, ensemble Caso 44.2 %)								
Patients avec un diagnostic ou plus défini comme chronique			224	61 %	2 122	56,4 %	2 346	56,8 %
Diagnostics avec retard de recours aux soins d'après les médecins (taux de réponse : ville 53.9 %, ensemble Caso 45.8 %)								
Patients avec un diagnostic ou plus avec retard de recours aux soins			127	34,1 %	1 325	33,9 %	1 452	33,9 %
Urgence de la prise en charge d'après les médecins (taux de réponse : ville 56.7 %, ensemble Caso 48.6 %)								
Consultations nécessitant une prise en charge urgente ou assez urgente			144	27,5 %	2 387	39,8 %	2 531	38,8 %

(a) Durée entre la date de dernière entrée en France et la date de première consultation ou entretien en 2024.

(b) Situation lors de l'entretien d'accueil pour les personnes dont la première visite a eu lieu en 2024.

(c) Parmi les personnes étrangères majeures.

(d) Sans titre de séjour ou sans autorisation de séjour en France ; titre de séjour dans un autre pays européen et depuis plus de 3 mois en France.

(e) Parmi les personnes étrangères hors Union européenne.

(f) Situation lors de la première consultation de médecine générale pour les personnes dont la première consultation a eu lieu en 2024.

(g) Patientes âgées de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'une consultation de médecine générale ou d'un entretien DSSR en 2024. Les patientes enceintes ou considérées comme non concernées au cours d'une consultation du fait par exemple d'un désir de grossesse ou de l'absence de menstruations ont été exclues de l'analyse.

(h) En nombre et pourcentage de patients ayant présenté à au moins une reprise en 2024 un diagnostic associé au chapitre Le chapitre de la CISP-2 « général et non spécifié » regroupe les symptômes, plaintes, diagnostics et motifs de consultation qui ne sont pas spécifiques à un appareil anatomique. Cette catégorie inclut, entre autres, les symptômes généraux, tels que la fatigue ou les douleurs généralisées ainsi que les infections générales (tel que tuberculose ou rougeole).

## MONTPELLIER

Nombre de personnes reçues (a)	% ensemble des personnes reçues des Caso	Nombre de consultations					
		Médecine générale	Psy-chiques	Autres spécialités	Dentaires	Infirmières ou prévention	Entretiens sociaux
1 375	9.1 %	657	0	0	769	260	1 150

(a) La file active correspond au nombre de personnes différentes ayant eu au moins une consultation ou un entretien d'accueil au cours de l'année.

Thème	Indicateur	Modalité	Ville		Autres Caso		Ensemble	
			n	%	n	%	n	%
<b>Démographie</b>								
Genre (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Femmes			355	25,8 %	5 220	38 %	5 575	36,9 %
Age (taux de réponse : ville 99.8 %, ensemble Caso 99.8 %)								
Médiane			33.9		34.1		34.1	
Classes d'âge (taux de réponse : ville 99.8 %, ensemble Caso 99.8 %)								
< 18			58	4,2 %	1 338	9,8 %	1 396	9,3 %
18-39			854	62,2 %	7 807	56,9 %	8 661	57,4 %
40-59			383	27,9 %	3 627	26,4 %	4 010	26,6 %
60 et plus			77	5,6 %	946	6,9 %	1 023	6,8 %
Ressortissants étranger ère-s (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Étranger ère-s			1 336	97,2 %	13 464	98 %	14 800	97,9 %
Groupe continental (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Afrique Subsaharienne			218	15,9 %	5 989	43,6 %	6 207	41,1 %
Maghreb			855	62,2 %	4 296	31,3 %	5 151	34,1 %
Europe hors UE			119	8,7 %	1 073	7,8 %	1 192	7,9 %
Proche et Moyen Orient			30	2,2 %	599	4,4 %	629	4,2 %
Union européenne			101	7,3 %	870	6,3 %	971	6,4 %
Océanie et Amériques			26	1,9 %	230	1,7 %	256	1,7 %
Asie			26	1,9 %	679	4,9 %	705	4,7 %
Nationalités les plus représentées (taux de réponse : ville 99.9 %, ensemble Caso 100 %)								
Algérie			418	30,4 %	2 973	21,6 %	3 391	22,4 %
Maroc			405	29,5 %	542	3,9 %	947	6,3 %
Géorgie			46	3,3 %	272	2 %	318	2,1 %
Guinée			39	2,8 %	860	6,3 %	899	5,9 %
France			39	2,8 %	279	2 %	318	2,1 %
<b>Migration</b>								
Durée de séjour en France des personnes reçues étrangères (a) (taux de réponse : ville 92 %, ensemble Caso 95.1 %)								
0 à 90 jours inclus			313	25,5 %	4 383	34,1 %	4 696	33,4 %
3 à moins de 6 mois			160	13 %	1 876	14,6 %	2 036	14,5 %
6 à moins de 12 mois			126	10,3 %	1 361	10,6 %	1 487	10,6 %
12 mois à moins de 2 ans			165	13,4 %	1 492	11,6 %	1 657	11,8 %
2 ans et plus			465	37,8 %	3 732	29,1 %	4 197	29,8 %
Situation au regard du séjour (b), (c), (d) (taux de réponse : ville 69.3 %, ensemble Caso 76.1 %)								
Situation irrégulière			422	73,3 %	3 966	61,1 %	4 388	62,1 %
Demandeur d'asile (b), (e) (taux de réponse : ville 75.5 %, ensemble Caso 77.6 %)								

## MONTPELLIER

Thème	Indicateur	Modalité	Ville		Autres Caso		Ensemble	
			n	%	n	%	n	%
Dépôt ou tentative de dépôt			140	22,2 %	2 418	33,4 %	2 558	32,5 %
<b>Environnement économique</b>								
Activité rémunérée en France chez les plus de 16 ans (b) (taux de réponse : ville 78.2 %, ensemble Caso 78.4 %)								
Activité rémunérée			147	21,6 %	1 328	18,9 %	1 475	19,2 %
<b>Environnement physique</b>								
Situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 76.5 %, ensemble Caso 81.7 %)								
Logement personnel			57	8,1 %	589	7,3 %	646	7,4 %
Hébergement chez famille ou amis			390	55,6 %	4 357	54,1 %	4 747	54,2 %
Hébergement institutionnel ou militant			85	12,1 %	991	12,3 %	1 076	12,3 %
Squat ou bidonville			18	2,6 %	292	3,6 %	310	3,5 %
A la rue ou hébergement d'urgence			151	21,5 %	1 822	22,6 %	1 973	22,5 %
Ressenti situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 74.8 %, ensemble Caso 77.9 %)								
Temporaire ou instable			503	73,4 %	5 176	67,5 %	5 679	68 %
<b>Environnement social</b>								
Parentalité chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 77.6 %, ensemble Caso 82 %)								
Parent d'enfant(s) mineur-e (s)			131	19,6 %	2 222	31,2 %	2 353	30,2 %
Situation familiale chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 75.7 %, ensemble Caso 79.8 %)								
Vit seul avec enfant(s) mineur-e (s)			20	3,1 %	332	4,8 %	352	4,6 %
Vit seul sans enfant mineur-e			500	76,7 %	4 913	70,9 %	5 413	71,4 %
Vit en couple avec enfant(s) mineur-e (s)			47	7,2 %	702	10,1 %	749	9,9 %
Vit en couple sans enfant mineur-e			85	13 %	985	14,2 %	1 070	14,1 %
<b>Comportements individuels et expériences</b>								
Renoncement aux soins (b) (taux de réponse : ville 63.2 %, ensemble Caso 51.5 %)								
Renoncement au cours des 12 derniers mois			63	10,9 %	734	14,9 %	797	14,4 %
Dépistage VIH (f) (taux de réponse : ville 2.2 %, ensemble Caso 10.2 %)								
Antécédent de dépistage VIH			3	33,3 %	218	29,3 %	221	29,3 %
Contraception (g) (taux de réponse : ville 26 %, ensemble Caso 34.4 %)								
Utilisation contraception chez femmes de 15 à 49 ans concernées			5	15,6 %	97	12,6 %	102	12,7 %
<b>Accès au système de santé</b>								
Éligibilité couverture maladie (b) (taux de réponse : ville 63.1 %, ensemble Caso 72.7 %)								
PUMa ou AME			438	75,8 %	4 409	61,2 %	4 847	62,3 %
PUMa			83	14,4 %	1 442	20 %	1 525	19,6 %
AME			355	61,4 %	2 967	41,2 %	3 322	42,7 %
Droits effectifs couverture maladies (b) (taux de réponse : ville 58.7 %, ensemble Caso 68.1 %)								
PUMa ou AME			105	19,5 %	873	13,7 %	978	13,4 %
PUMa			38	7,1 %	571	8,7 %	609	8,4 %
AME			67	12,5 %	302	4,9 %	369	5,1 %
Droits ouverts chez personnes éligibles (b) (taux de réponse : ville 90.9 %, ensemble Caso 91.9 %)								
PUMa ou AME			101	25,4 %	841	21,6 %	942	21,1 %
PUMa			31	40,3 %	526	41,2 %	557	40,6 %
AME			67	20,9 %	286	11,4 %	353	11,4 %
Domiciliation (b) (taux de réponse : ville 75.9 %, ensemble Caso 78 %)								
Besoin d'une domiciliation administrative			291	41,9 %	2 009	26,2 %	2 300	27,5 %

Thème	Indicateur	Modalité	Ville		Autres Caso		Ensemble	
			n	%	n	%	n	%
Principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins (b) (taux de réponse : ville 66 %, ensemble Caso 60.1 %)								
Barrière linguistique			170	28,1 %	1 341	23 %	1 511	23,5 %
Difficultés administratives			90	14,9 %	1 647	28,3 %	1 737	27 %
Méconnaissance des droits et des structures			77	12,7 %	1 808	31 %	1 885	29,3 %
Difficultés financières			50	8,3 %	1 005	17,2 %	1 055	16,4 %
Aucun droit possible			33	5,5 %	1 237	21,2 %	1 270	19,7 %
<b>État de santé lors des consultations de médecine générale</b>								
Principaux chapitres de la CISP-2 liés aux diagnostics (h) (taux de réponse : ville 75.4 %, ensemble Caso 82.8 %)								
Digestif			86	21,4 %	1 635	22,3 %	1 721	22,2 %
Respiratoire			61	15,2 %	1 431	19,5 %	1 492	19,3 %
Ostéoarticulaire			59	14,7 %	1 437	19,6 %	1 496	19,3 %
Général et non spécifié			52	13 %	843	11,5 %	895	11,6 %
Peau			42	10,5 %	953	13 %	995	12,8 %
Diagnostics définis comme chroniques par les médecins au cours de l'année (taux de réponse : ville 43.6 %, ensemble Caso 44.2 %)								
Patients avec un diagnostic ou plus défini comme chronique			130	56 %	2 216	56,8 %	2 346	56,8 %
Diagnostics avec retard de recours aux soins d'après les médecins (taux de réponse : ville 44.9 %, ensemble Caso 45.8 %)								
Patients avec un diagnostic ou plus avec retard de recours aux soins			86	36 %	1 366	33,8 %	1 452	33,9 %
Urgence de la prise en charge d'après les médecins (taux de réponse : ville 72 %, ensemble Caso 48.6 %)								
Consultations nécessitant une prise en charge urgente ou assez urgente			189	40 %	2 342	38,7 %	2 531	38,8 %

(a) Durée entre la date de dernière entrée en France et la date de première consultation ou entretien en 2024.

(b) Situation lors de l'entretien d'accueil pour les personnes dont la première visite a eu lieu en 2024.

(c) Parmi les personnes étrangères majeures.

(d) Sans titre de séjour ou sans autorisation de séjour en France ; titre de séjour dans un autre pays européen et depuis plus de 3 mois en France.

(e) Parmi les personnes étrangères hors Union européenne.

(f) Situation lors de la première consultation de médecine générale pour les personnes dont la première consultation a eu lieu en 2024.

(g) Patientes âgées de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'une consultation de médecine générale ou d'un entretien DSSR en 2024. Les patientes enceintes ou considérées comme non concernées au cours d'une consultation du fait par exemple d'un désir de grossesse ou de l'absence de menstruations ont été exclues de l'analyse.

(h) En nombre et pourcentage de patients ayant présenté à au moins une reprise en 2024 un diagnostic associé au chapitre Le chapitre de la CISP-2 « général et non spécifié » regroupe les symptômes, plaintes, diagnostics et motifs de consultation qui ne sont pas spécifiques à un appareil anatomique. Cette catégorie inclut, entre autres, les symptômes généraux, tels que la fatigue ou les douleurs généralisées ainsi que les infections générales (tel que tuberculose ou rougeole).

## NANCY

Nombre de personnes reçues (a)	% ensemble des personnes reçues des Caso	Nombre de consultations					
		Médecine générale	Psy-chiques	Autres spécialités	Dentaires	Infirmières ou prévention	Entretiens sociaux
710	4.7 %	895	5	0	0	68	757

(a) La file active correspond au nombre de personnes différentes ayant eu au moins une consultation ou un entretien d'accueil au cours de l'année.

Thème	Indicateur	Modalité	Ville		Autres Caso		Ensemble	
			n	%	n	%	n	%
<b>Démographie</b>								
Genre (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Femmes			266	37,5 %	5 309	36,8 %	5 575	36,9 %
Age (taux de réponse : ville 99.9 %, ensemble Caso 99.8 %)								
Médiane			35.3		34.1		34.1	
Classes d'âge (taux de réponse : ville 99.9 %, ensemble Caso 99.8 %)								
< 18			58	8,2 %	1 338	9,3 %	1 396	9,3 %
18-39			388	54,7 %	8 273	57,5 %	8 661	57,4 %
40-59			198	27,9 %	3 812	26,5 %	4 010	26,6 %
60 et plus			65	9,2 %	958	6,7 %	1 023	6,8 %
Ressortissants étranger ère-s (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Étranger ère-s			664	93,5 %	14 136	98,1 %	14 800	97,9 %
Groupe continental (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Afrique Subsaharienne			141	19,9 %	6 066	42,1 %	6 207	41,1 %
Maghreb			354	49,9 %	4 797	33,3 %	5 151	34,1 %
Europe hors UE			100	14,1 %	1 092	7,6 %	1 192	7,9 %
Proche et Moyen Orient			29	4,1 %	600	4,2 %	629	4,2 %
Union européenne			69	9,7 %	902	6,3 %	971	6,4 %
Océanie et Amériques			13	1,8 %	243	1,7 %	256	1,7 %
Asie			4	0,6 %	701	4,9 %	705	4,7 %
Nationalités les plus représentées (taux de réponse : ville 99.9 %, ensemble Caso 100 %)								
Algérie			258	36,4 %	3 133	21,8 %	3 391	22,4 %
Maroc			73	10,3 %	874	6,1 %	947	6,3 %
Albanie			54	7,6 %	222	1,5 %	276	1,8 %
France			46	6,5 %	272	1,9 %	318	2,1 %
Nigéria			35	4,9 %	333	2,3 %	368	2,4 %
<b>Migration</b>								
Durée de séjour en France des personnes reçues étrangères (a) (taux de réponse : ville 92 %, ensemble Caso 95.1 %)								
0 à 90 jours inclus			181	29,6 %	4 515	33,5 %	4 696	33,4 %
3 à moins de 6 mois			59	9,7 %	1 977	14,7 %	2 036	14,5 %
6 à moins de 12 mois			46	7,5 %	1 441	10,7 %	1 487	10,6 %
12 mois à moins de 2 ans			77	12,6 %	1 580	11,7 %	1 657	11,8 %
2 ans et plus			248	40,6 %	3 949	29,3 %	4 197	29,8 %
Situation au regard du séjour (b), (c), (d) (taux de réponse : ville 86.4 %, ensemble Caso 76.1 %)								
Situation irrégulière			184	64,1 %	4 204	62,1 %	4 388	62,1 %
Demandeur d'asile (b), (e) (taux de réponse : ville 81 %, ensemble Caso 77.6 %)								

Thème	Indicateur	Modalité	Ville		Autres Caso		Ensemble	
			n	%	n	%	n	%
Dépôt ou tentative de dépôt			76	25,5 %	2 482	32,8 %	2 558	32,5 %
<b>Environnement économique</b>								
Activité rémunérée en France chez les plus de 16 ans (b) (taux de réponse : ville 89.3 %, ensemble Caso 78.4 %)								
Activité rémunérée			54	16,6 %	1 421	19,3 %	1 475	19,2 %
<b>Environnement physique</b>								
Situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 87 %, ensemble Caso 81.7 %)								
Logement personnel			82	23 %	564	6,7 %	646	7,4 %
Hébergement chez famille ou amis			198	55,6 %	4 549	54,2 %	4 747	54,2 %
Hébergement institutionnel ou militant			37	10,4 %	1 039	12,4 %	1 076	12,3 %
Squat ou bidonville			1	0,3 %	309	3,7 %	310	3,5 %
A la rue ou hébergement d'urgence			38	10,7 %	1 935	23 %	1 973	22,5 %
Ressenti situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 73.1 %, ensemble Caso 77.9 %)								
Temporaire ou instable			167	55,9 %	5 512	68,5 %	5 679	68 %
<b>Environnement social</b>								
Parentalité chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 91.1 %, ensemble Caso 82 %)								
Parent d'enfant(s) mineur-e (s)			82	25,2 %	2 271	30,4 %	2 353	30,2 %
Situation familiale chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 86.9 %, ensemble Caso 79.8 %)								
Vit seul avec enfant(s) mineur-e (s)			7	2,3 %	345	4,7 %	352	4,6 %
Vit seul sans enfant mineur-e			208	66,9 %	5 205	71,6 %	5 413	71,4 %
Vit en couple avec enfant(s) mineur-e (s)			41	13,2 %	708	9,7 %	749	9,9 %
Vit en couple sans enfant mineur-e			55	17,7 %	1 015	14 %	1 070	14,1 %
<b>Comportements individuels et expériences</b>								
Renoncement aux soins (b) (taux de réponse : ville 49.4 %, ensemble Caso 51.5 %)								
Renoncement au cours des 12 derniers mois			56	27,7 %	741	13,9 %	797	14,4 %
Dépistage VIH (f) (taux de réponse : ville 42.6 %, ensemble Caso 10.2 %)								
Antécédent de dépistage VIH			38	25,9 %	183	30,2 %	221	29,3 %
Contraception (g) (taux de réponse : ville 52 %, ensemble Caso 34.4 %)								
Utilisation contraception chez femmes de 15 à 49 ans concernées			10	15,6 %	92	12,4 %	102	12,7 %
<b>Accès au système de santé</b>								
Éligibilité couverture maladie (b) (taux de réponse : ville 80 %, ensemble Caso 72.7 %)								
PUMa ou AME			200	61,2 %	4 647	62,3 %	4 847	62,3 %
PUMa			83	25,4 %	1 442	19,3 %	1 525	19,6 %
AME			117	35,8 %	3 205	43 %	3 322	42,7 %
Droits effectifs couverture maladies (b) (taux de réponse : ville 79 %, ensemble Caso 68.1 %)								
PUMa ou AME			69	21,4 %	909	13 %	978	13,4 %
PUMa			47	14,6 %	562	8,1 %	609	8,4 %
AME			22	6,8 %	347	5 %	369	5,1 %
Droits ouverts chez personnes éligibles (b) (taux de réponse : ville 95.5 %, ensemble Caso 91.9 %)								
PUMa ou AME			67	35,1 %	875	21,6 %	942	21,1 %
PUMa			39	50 %	518	41,2 %	557	40,6 %
AME			20	17,7 %	333	11,4 %	353	11,4 %
Domiciliation (b) (taux de réponse : ville 84.8 %, ensemble Caso 78 %)								
Besoin d'une domiciliation administrative			73	21 %	2 227	27,8 %	2 300	27,5 %
Principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins (b) (taux de réponse : ville 68 %, ensemble Caso 60.1 %)								
Méconnaissance des droits et des structures			97	34,9 %	1 788	29 %	1 885	29,3 %

## NANCY

Thème	Indicateur	Modalité	Ville		Autres Caso		Ensemble	
			n	%	n	%	n	%
Barrière linguistique			92	33,1 %	1 419	23 %	1 511	23,5 %
Difficultés administratives			88	31,7 %	1 649	26,8 %	1 737	27 %
Difficultés financières			88	31,7 %	967	15,7 %	1 055	16,4 %
Aucun droit possible			50	18 %	1 220	19,8 %	1 270	19,7 %
<b>État de santé lors des consultations de médecine générale</b>								
Principaux chapitres de la CISP-2 liés aux diagnostics (h) (taux de réponse : ville 90.6 %, ensemble Caso 82.8 %)								
Digestif			112	24,3 %	1 609	22,1 %	1 721	22,2 %
Ostéoarticulaire			102	22,1 %	1 394	19,1 %	1 496	19,3 %
Respiratoire			99	21,5 %	1 393	19,1 %	1 492	19,3 %
Peau			63	13,7 %	932	12,8 %	995	12,8 %
Psychologique			41	8,9 %	574	7,9 %	615	7,9 %
Diagnostics définis comme chroniques par les médecins au cours de l'année (taux de réponse : ville 62.3 %, ensemble Caso 44.2 %)								
Patients avec un diagnostic ou plus défini comme chronique			175	55,2 %	2 171	56,9 %	2 346	56,8 %
Diagnostics avec retard de recours aux soins d'après les médecins (taux de réponse : ville 62.9 %, ensemble Caso 45.8 %)								
Patients avec un diagnostic ou plus avec retard de recours aux soins			95	29,7 %	1 357	34,3 %	1 452	33,9 %
Urgence de la prise en charge d'après les médecins (taux de réponse : ville 75.5 %, ensemble Caso 48.6 %)								
Consultations nécessitant une prise en charge urgente ou assez urgente			248	36,7 %	2 283	39 %	2 531	38,8 %

(a) Durée entre la date de dernière entrée en France et la date de première consultation ou entretien en 2024.

(b) Situation lors de l'entretien d'accueil pour les personnes dont la première visite a eu lieu en 2024.

(c) Parmi les personnes étrangères majeures.

(d) Sans titre de séjour ou sans autorisation de séjour en France ; titre de séjour dans un autre pays européen et depuis plus de 3 mois en France.

(e) Parmi les personnes étrangères hors Union européenne.

(f) Situation lors de la première consultation de médecine générale pour les personnes dont la première consultation a eu lieu en 2024.

(g) Patientes âgées de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'une consultation de médecine générale ou d'un entretien DSSR en 2024. Les patientes enceintes ou considérées comme non concernées au cours d'une consultation du fait par exemple d'un désir de grossesse ou de l'absence de menstruations ont été exclues de l'analyse.

(h) En nombre et pourcentage de patients ayant présenté à au moins une reprise en 2024 un diagnostic associé au chapitre Le chapitre de la CISP-2 «général et non spécifié» regroupe les symptômes, plaintes, diagnostics et motifs de consultation qui ne sont pas spécifiques à un appareil anatomique. Cette catégorie inclut, entre autres, les symptômes généraux, tels que la fatigue ou les douleurs généralisées ainsi que les infections générales (tel que tuberculose ou rougeole).

## NICE

Nombre de personnes reçues (a)	% ensemble des personnes reçues des Caso	Nombre de consultations					
		Médecine générale	Psy-chiques	Autres spécialités	Dentaires	Infirmières ou prévention	Entretiens sociaux
1 048	6.9 %	894	68	0	0	17	762

(a) La file active correspond au nombre de personnes différentes ayant eu au moins une consultation ou un entretien d'accueil au cours de l'année.

Thème	Indicateur	Modalité	Ville		Autres Caso		Ensemble	
			n	%	n	%	n	%
<b>Démographie</b>								
Genre (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Femmes			479	45,7 %	5 096	36,2 %	5 575	36,9 %
Age (taux de réponse : ville 99.9 %, ensemble Caso 99.8 %)								
Médiane			38.4		33.9		34.1	
Classes d'âge (taux de réponse : ville 99.9 %, ensemble Caso 99.8 %)								
< 18			66	6,3 %	1 330	9,5 %	1 396	9,3 %
18-39			503	48 %	8 158	58,1 %	8 661	57,4 %
40-59			365	34,9 %	3 645	26 %	4 010	26,6 %
60 et plus			113	10,8 %	910	6,5 %	1 023	6,8 %
Ressortissants étrangers (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Étranger ère-s			1031	98,4 %	13 769	97,9 %	14 800	97,9 %
Groupe continental (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Afrique Subsaharienne			291	27,8 %	5 916	42,1 %	6 207	41,1 %
Maghreb			338	32,3 %	4 813	34,2 %	5 151	34,1 %
Europe hors UE			206	19,7 %	986	7 %	1 192	7,9 %
Proche et Moyen Orient			14	1,3 %	615	4,4 %	629	4,2 %
Union européenne			88	8,4 %	883	6,3 %	971	6,4 %
Océanie et Amériques			33	3,2 %	223	1,6 %	256	1,7 %
Asie			77	7,4 %	628	4,5 %	705	4,7 %
Nationalités les plus représentées (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Tunisie			227	21,7 %	387	2,8 %	614	4,1 %
Russie			78	7,4 %	69	0,5 %	147	1 %
Cap Vert			71	6,8 %	22	0,2 %	93	0,6 %
Algérie			71	6,8 %	3 320	23,6 %	3 391	22,4 %
Philippines			71	6,8 %	4	0 %	75	0,5 %
<b>Migration</b>								
Durée de séjour en France des personnes reçues étrangères (a) (taux de réponse : ville 98.6 %, ensemble Caso 95.1 %)								
0 à 90 jours inclus			210	20,6 %	4 486	34,4 %	4 696	33,4 %
3 à moins de 6 mois			111	10,9 %	1 925	14,7 %	2 036	14,5 %
6 à moins de 12 mois			110	10,8 %	1 377	10,5 %	1 487	10,6 %
12 mois à moins de 2 ans			143	14,1 %	1 514	11,6 %	1 657	11,8 %
2 ans et plus			443	43,6 %	3 754	28,8 %	4 197	29,8 %
Situation au regard du séjour (b), (c), (d) (taux de réponse : ville 86.9 %, ensemble Caso 76.1 %)								
Situation irrégulière			346	64,6 %	4 042	61,9 %	4 388	62,1 %
Demandeur d'asile (b), (e) (taux de réponse : ville 94.9 %, ensemble Caso 77.6 %)								

NICE

Thème	Indicateur	Modalité	Ville		Autres Caso		Ensemble	
			n	%	n	%	n	%
Dépôt ou tentative de dépôt			167	28,2 %	2 391	32,9 %	2 558	32,5 %
<b>Environnement économique</b>								
Activité rémunérée en France chez les plus de 16 ans (b) (taux de réponse : ville 96.7 %, ensemble Caso 78.4 %)								
Activité rémunérée			239	38,8 %	1 236	17,4 %	1 475	19,2 %
<b>Environnement physique</b>								
Situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 94.6 %, ensemble Caso 81.7 %)								
Logement personnel			62	9,6 %	584	7,2 %	646	7,4 %
Hébergement chez famille ou amis			435	67,1 %	4 312	53,2 %	4 747	54,2 %
Hébergement institutionnel ou militant			45	6,9 %	1 031	12,7 %	1 076	12,3 %
Squat ou bidonville			5	0,8 %	305	3,8 %	310	3,5 %
A la rue ou hébergement d'urgence			101	15,6 %	1 872	23,1 %	1 973	22,5 %
Ressenti situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 93.3 %, ensemble Caso 77.9 %)								
Temporaire ou instable			317	49,6 %	5 362	69,5 %	5 679	68 %
<b>Environnement social</b>								
Parentalité chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 97.5 %, ensemble Caso 82 %)								
Parent d'enfant(s) mineur-e (s)			173	28,2 %	2 180	30,4 %	2 353	30,2 %
Situation familiale chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 96 %, ensemble Caso 79.8 %)								
Vit seul avec enfant(s) mineur-e (s)			41	6,8 %	311	4,5 %	352	4,6 %
Vit seul sans enfant mineur-e			403	66,6 %	5 010	71,8 %	5 413	71,4 %
Vit en couple avec enfant(s) mineur-e (s)			64	10,6 %	685	9,8 %	749	9,9 %
Vit en couple sans enfant mineur-e			97	16 %	973	13,9 %	1 070	14,1 %
<b>Comportements individuels et expériences</b>								
Renoncement aux soins (b) (taux de réponse : ville 65.7 %, ensemble Caso 51.5 %)								
Renoncement au cours des 12 derniers mois			123	27,3 %	674	13,3 %	797	14,4 %
Dépistage VIH (f) (taux de réponse : ville 43.3 %, ensemble Caso 10.2 %)								
Antécédent de dépistage VIH			39	20,1 %	182	32,6 %	221	29,3 %
Contraception (g) (taux de réponse : ville 73.8 %, ensemble Caso 34.4 %)								
Utilisation contraception chez femmes de 15 à 49 ans concernées			12	11,5 %	90	12,9 %	102	12,7 %
<b>Accès au système de santé</b>								
Éligibilité couverture maladie (b) (taux de réponse : ville 92.7 %, ensemble Caso 72.7 %)								
PUMa ou AME			439	69,1 %	4 408	61,7 %	4 847	62,3 %
PUMa			127	20 %	1 398	19,6 %	1 525	19,6 %
AME			312	49,1 %	3 010	42,1 %	3 322	42,7 %
Droits effectifs couverture maladies (b) (taux de réponse : ville 92.4 %, ensemble Caso 68.1 %)								
PUMa ou AME			81	12,8 %	897	13,5 %	978	13,4 %
PUMa			64	10,1 %	545	8,2 %	609	8,4 %
AME			17	2,7 %	352	5,3 %	369	5,1 %
Droits ouverts chez personnes éligibles (b) (taux de réponse : ville 97.7 %, ensemble Caso 91.9 %)								
PUMa ou AME			79	18,4 %	863	21,4 %	942	21,1 %
PUMa			58	47,5 %	499	40 %	557	40,6 %
AME			15	4,9 %	338	12,2 %	353	11,4 %
Domiciliation (b) (taux de réponse : ville 92.7 %, ensemble Caso 78 %)								
Besoin d'une domiciliation administrative			83	13,1 %	2 217	28,7 %	2 300	27,5 %
Principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins (b) (taux de réponse : ville 93.3 %, ensemble Caso 60.1 %)								
Méconnaissance des droits et des structures			282	44,1 %	1 603	27,7 %	1 885	29,3 %

Thème	Indicateur	Modalité	Ville		Autres Caso		Ensemble	
			n	%	n	%	n	%
Barrière linguistique			270	42,3 %	1 241	21,4 %	1 511	23,5 %
Difficultés financières			223	34,9 %	832	14,4 %	1 055	16,4 %
Difficultés administratives			221	34,6 %	1 516	26,2 %	1 737	27 %
Aucun droit possible			176	27,5 %	1 094	18,9 %	1 270	19,7 %
<b>État de santé lors des consultations de médecine générale</b>								
Principaux chapitres de la CISP-2 liés aux diagnostics (h) (taux de réponse : ville 88.1 %, ensemble Caso 82.8 %)								
Ostéoarticulaire			118	21,7 %	1 378	19,1 %	1 496	19,3 %
Respiratoire			112	20,6 %	1 380	19,2 %	1 492	19,3 %
Digestif			93	17,1 %	1 628	22,6 %	1 721	22,2 %
Peau			72	13,3 %	923	12,8 %	995	12,8 %
Cardiovasculaire			68	12,5 %	682	9,5 %	750	9,7 %
Diagnostics définis comme chroniques par les médecins au cours de l'année (taux de réponse : ville 66.1 %, ensemble Caso 44.2 %)								
Patients avec un diagnostic ou plus défini comme chronique			233	57,2 %	2 113	56,8 %	2 346	56,8 %
Diagnostics avec retard de recours aux soins d'après les médecins (taux de réponse : ville 69.6 %, ensemble Caso 45.8 %)								
Patients avec un diagnostic ou plus avec retard de recours aux soins			177	41,3 %	1 275	33,1 %	1 452	33,9 %
Urgence de la prise en charge d'après les médecins (taux de réponse : ville 64.3 %, ensemble Caso 48.6 %)								
Consultations nécessitant une prise en charge urgente ou assez urgente			102	17,7 %	2 429	40,8 %	2 531	38,8 %

(a) Durée entre la date de dernière entrée en France et la date de première consultation ou entretien en 2024.

(b) Situation lors de l'entretien d'accueil pour les personnes dont la première visite a eu lieu en 2024.

(c) Parmi les personnes étrangères majeures.

(d) Sans titre de séjour ou sans autorisation de séjour en France ; titre de séjour dans un autre pays européen et depuis plus de 3 mois en France.

(e) Parmi les personnes étrangères hors Union européenne.

(f) Situation lors de la première consultation de médecine générale pour les personnes dont la première consultation a eu lieu en 2024.

(g) Patientes âgées de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'une consultation de médecine générale ou d'un entretien DSSR en 2024. Les patientes enceintes ou considérées comme non concernées au cours d'une consultation du fait par exemple d'un désir de grossesse ou de l'absence de menstruations ont été exclues de l'analyse.

(h) En nombre et pourcentage de patients ayant présenté à au moins une reprise en 2024 un diagnostic associé au chapitre Le chapitre de la CISP-2 « général et non spécifié » regroupe les symptômes, plaintes, diagnostics et motifs de consultation qui ne sont pas spécifiques à un appareil anatomique. Cette catégorie inclut, entre autres, les symptômes généraux, tels que la fatigue ou les douleurs généralisées ainsi que les infections générales (tel que tuberculose ou rougeole).

## PARIS

Nombre de personnes reçues (a)	% ensemble des personnes reçues des Caso	Nombre de consultations					
		Médecine générale	Psy-chiques	Autres spécialités	Dentaires	Infirmières ou prévention	Entretiens sociaux
1 843	12.2 %	1 919	362	0	0	0	1 854

(a) La file active correspond au nombre de personnes différentes ayant eu au moins une consultation ou un entretien d'accueil au cours de l'année.

Thème	Indicateur	Modalité	Ville		Autres Caso		Ensemble	
			n	%	n	%	n	%
<b>Démographie</b>								
Genre (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Femmes			656	35,6 %	4 919	37,1 %	5 575	36,9 %
Age (taux de réponse : ville 99.6 %, ensemble Caso 99.8 %)								
Médiane			34		34.1		34.1	
Classes d'âge (taux de réponse : ville 99.6 %, ensemble Caso 99.8 %)								
< 18			99	5,4 %	1 297	9,8 %	1 396	9,3 %
18-39			1 172	63,8 %	7 489	56,5 %	8 661	57,4 %
40-59			460	25,1 %	3 550	26,8 %	4 010	26,6 %
60 et plus			105	5,7 %	918	6,9 %	1 023	6,8 %
Ressortissants étranger ère-s (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Étranger ère-s			1 832	99,4 %	12 968	97,7 %	14 800	97,9 %
Groupe continental (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Afrique Subsaharienne			1 108	60,1 %	5 099	38,4 %	6 207	41,1 %
Maghreb			311	16,9 %	4 840	36,5 %	5 151	34,1 %
Europe hors UE			28	1,5 %	1 164	8,8 %	1 192	7,9 %
Proche et Moyen Orient			168	9,1 %	461	3,5 %	629	4,2 %
Union européenne			30	1,6 %	941	7,1 %	971	6,4 %
Océanie et Amériques			47	2,6 %	209	1,6 %	256	1,7 %
Asie			151	8,2 %	554	4,2 %	705	4,7 %
Nationalités les plus représentées (taux de réponse : ville 99.9 %, ensemble Caso 100 %)								
Côte d'Ivoire			365	19,8 %	1 019	7,7 %	1 384	9,2 %
Cameroun			220	11,9 %	478	3,6 %	698	4,6 %
Algérie			215	11,7 %	3 176	23,9 %	3 391	22,4 %
Mali			136	7,4 %	245	1,8 %	381	2,5 %
Afghanistan			124	6,7 %	228	1,7 %	352	2,3 %
<b>Migration</b>								
Durée de séjour en France des personnes reçues étrangères (a) (taux de réponse : ville 97.7 %, ensemble Caso 95.1 %)								
0 à 90 jours inclus			674	37,7 %	4 022	32,7 %	4 696	33,4 %
3 à moins de 6 mois			284	15,9 %	1 752	14,3 %	2 036	14,5 %
6 à moins de 12 mois			219	12,2 %	1 268	10,3 %	1 487	10,6 %
12 mois à moins de 2 ans			209	11,7 %	1 448	11,8 %	1 657	11,8 %
2 ans et plus			404	22,6 %	3 793	30,9 %	4 197	29,8 %
Situation au regard du séjour (b), (c), (d) (taux de réponse : ville 79.8 %, ensemble Caso 76.1 %)								
Situation irrégulière			653	61,1 %	3 735	62,3 %	4 388	62,1 %
Demandeur d'asile (b), (e) (taux de réponse : ville 82.3 %, ensemble Caso 77.6 %)								

Thème	Indicateur	Modalité	Ville		Autres Caso		Ensemble	
			n	%	n	%	n	%
Dépôt ou tentative de dépôt			430	36,7 %	2 128	31,8 %	2 558	32,5 %
<b>Environnement économique</b>								
Activité rémunérée en France chez les plus de 16 ans (b) (taux de réponse : ville 83.5 %, ensemble Caso 78.4 %)								
Activité rémunérée			208	18 %	1 267	19,4 %	1 475	19,2 %
<b>Environnement physique</b>								
Situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 83.7 %, ensemble Caso 81.7 %)								
Logement personnel			53	4,4 %	593	7,9 %	646	7,4 %
Hébergement chez famille ou amis			803	66,4 %	3 944	52,3 %	4 747	54,2 %
Hébergement institutionnel ou militant			69	5,7 %	1 007	13,4 %	1 076	12,3 %
Squat ou bidonville			22	1,8 %	288	3,8 %	310	3,5 %
A la rue ou hébergement d'urgence			262	21,7 %	1 711	22,7 %	1 973	22,5 %
Ressenti situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 81.9 %, ensemble Caso 77.9 %)								
Temporaire ou instable			828	69,9 %	4 851	67,7 %	5 679	68 %
<b>Environnement social</b>								
Parentalité chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 83.9 %, ensemble Caso 82 %)								
Parent d'enfant(s) mineur-e (s)			344	30,5 %	2 009	30,2 %	2 353	30,2 %
Situation familiale chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 81.8 %, ensemble Caso 79.8 %)								
Vit seul avec enfant(s) mineur-e (s)			32	2,9 %	320	4,9 %	352	4,6 %
Vit seul sans enfant mineur-e			886	80,6 %	4 527	69,8 %	5 413	71,4 %
Vit en couple avec enfant(s) mineur-e(s)			42	3,8 %	707	10,9 %	749	9,9 %
Vit en couple sans enfant mineur-e			139	12,6 %	931	14,4 %	1 070	14,1 %
<b>Comportements individuels et expériences</b>								
Renoncement aux soins (b) (taux de réponse : ville 66.3 %, ensemble Caso 51.5 %)								
Renoncement au cours des 12 derniers mois			144	15 %	653	14,3 %	797	14,4 %
Dépistage VIH (f) (taux de réponse : ville 7.5 %, ensemble Caso 10.2 %)								
Antécédent de dépistage VIH			22	23,7 %	199	30,2 %	221	29,3 %
Contraception (g) (taux de réponse : ville 52.7 %, ensemble Caso 34.4 %)								
Utilisation contraception chez femmes de 15 à 49 ans concernées			16	8,2 %	86	14,1 %	102	12,7 %
<b>Accès au système de santé</b>								
Éligibilité couverture maladie (b) (taux de réponse : ville 75.8 %, ensemble Caso 72.7 %)								
PUMa ou AME			621	56,7 %	4 226	63,2 %	4 847	62,3 %
PUMa			228	20,8 %	1 297	19,4 %	1 525	19,6 %
AME			393	35,9 %	2 929	43,8 %	3 322	42,7 %
Droits effectifs couverture maladies (b) (taux de réponse : ville 70.4 %, ensemble Caso 68.1 %)								
PUMa ou AME			108	10,6 %	870	13,9 %	978	13,4 %
PUMa			76	7,5 %	533	8,5 %	609	8,4 %
AME			32	3,1 %	337	5,4 %	369	5,1 %
Droits ouverts chez personnes éligibles (b) (taux de réponse : ville 91.3 %, ensemble Caso 91.9 %)								
PUMa ou AME			102	18 %	840	21,6 %	942	21,1 %
PUMa			71	35 %	486	41,6 %	557	40,6 %
AME			30	8,2 %	323	11,9 %	353	11,4 %
Domiciliation (b) (taux de réponse : ville 81.2 %, ensemble Caso 78 %)								
Besoin d'une domiciliation administrative			339	28,9 %	1 961	27,3 %	2 300	27,5 %
Principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins (b) (taux de réponse : ville 56.7 %, ensemble Caso 60.1 %)								
Méconnaissance des droits et des structures			294	35,9 %	1 591	28,3 %	1 885	29,3 %

## PARIS

Thème	Indicateur	Modalité	Ville		Autres Caso		Ensemble	
			n	%	n	%	n	%
Difficultés administratives			245	29,9 %	1 492	26,6 %	1 737	27 %
Difficultés financières			180	22 %	875	15,6 %	1 055	16,4 %
Barrière linguistique			168	20,5 %	1 343	23,9 %	1 511	23,5 %
Aucun droit possible			110	13,4 %	1 160	20,7 %	1 270	19,7 %
<b>État de santé lors des consultations de médecine générale</b>								
Principaux chapitres de la CISP-2 liés aux diagnostics (h) (taux de réponse : ville 77.2 %, ensemble Caso 82.8 %)								
Digestif			260	23,8 %	1 461	22 %	1 721	22,2 %
Ostéoarticulaire			207	18,9 %	1 289	19,4 %	1 496	19,3 %
Général et non spécifié			172	15,7 %	723	10,9 %	895	11,6 %
Respiratoire			148	13,5 %	1 344	20,2 %	1 492	19,3 %
Peau			131	12 %	864	13 %	995	12,8 %
Diagnostics définis comme chroniques par les médecins au cours de l'année (taux de réponse : ville 30.3 %, ensemble Caso 44.2 %)								
Patients avec un diagnostic ou plus défini comme chronique			306	71,2 %	2 040	55,1 %	2 346	56,8 %
Diagnostics avec retard de recours aux soins d'après les médecins (taux de réponse : ville 31.7 %, ensemble Caso 45.8 %)								
Patients avec un diagnostic ou plus avec retard de recours aux soins			202	45 %	1 250	32,6 %	1 452	33,9 %
Urgence de la prise en charge d'après les médecins (taux de réponse : ville 31 %, ensemble Caso 48.6 %)								
Consultations nécessitant une prise en charge urgente ou assez urgente			306	51,5 %	2 225	37,5 %	2 531	38,8 %

(a) Durée entre la date de dernière entrée en France et la date de première consultation ou entretien en 2024.

(b) Situation lors de l'entretien d'accueil pour les personnes dont la première visite a eu lieu en 2024.

(c) Parmi les personnes étrangères majeures.

(d) Sans titre de séjour ou sans autorisation de séjour en France ; titre de séjour dans un autre pays européen et depuis plus de 3 mois en France.

(e) Parmi les personnes étrangères hors Union européenne.

(f) Situation lors de la première consultation de médecine générale pour les personnes dont la première consultation a eu lieu en 2024.

(g) Patientes âgées de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'une consultation de médecine générale ou d'un entretien DSSR en 2024. Les patientes enceintes ou considérées comme non concernées au cours d'une consultation du fait par exemple d'un désir de grossesse ou de l'absence de menstruations ont été exclues de l'analyse.

(h) En nombre et pourcentage de patients ayant présenté à au moins une reprise en 2024 un diagnostic associé au chapitre Le chapitre de la CISP-2 « général et non spécifié » regroupe les symptômes, plaintes, diagnostics et motifs de consultation qui ne sont pas spécifiques à un appareil anatomique. Cette catégorie inclut, entre autres, les symptômes généraux, tels que la fatigue ou les douleurs généralisées ainsi que les infections générales (tel que tuberculose ou rougeole).

## PAU

Nombre de personnes reçues (a)	% ensemble des personnes reçues des Caso	Nombre de consultations					
		Médecine générale	Psy-chiques	Autres spécialités	Dentaires	Infirmières ou prévention	Entretiens sociaux
339	2.2 %	341	15	0	257	0	0

(a) La file active correspond au nombre de personnes différentes ayant eu au moins une consultation ou un entretien d'accueil au cours de l'année.

Thème	Indicateur	Modalité	Ville		Autres Caso		Ensemble	
			n	%	n	%	n	%
<b>Démographie</b>								
Genre (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Femmes			102	30,1 %	5 473	37 %	5 575	36,9 %
Age (taux de réponse : ville 99.4 %, ensemble Caso 99.8 %)								
Médiane			31.5		34.1		34.1	
Classes d'âge (taux de réponse : ville 99.4 %, ensemble Caso 99.8 %)								
< 18			65	19,3 %	1 331	9 %	1 396	9,3 %
18-39			173	51,3 %	8 488	57,5 %	8 661	57,4 %
40-59			90	26,7 %	3 920	26,6 %	4 010	26,6 %
60 et plus			9	2,7 %	1 014	6,9 %	1 023	6,8 %
Ressortissants étranger ère-s (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Étranger ère-s			304	89,7 %	14 496	98,1 %	14 800	97,9 %
Groupe continental (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Afrique Subsaharienne			123	36,3 %	6 084	41,2 %	6 207	41,1 %
Maghreb			61	18 %	5 090	34,5 %	5 151	34,1 %
Europe hors UE			37	10,9 %	1 155	7,8 %	1 192	7,9 %
Proche et Moyen Orient			52	15,3 %	577	3,9 %	629	4,2 %
Union européenne			43	12,7 %	928	6,3 %	971	6,4 %
Océanie et Amériques			4	1,2 %	252	1,7 %	256	1,7 %
Asie			19	5,6 %	686	4,6 %	705	4,7 %
Nationalités les plus représentées (taux de réponse : ville 99.7 %, ensemble Caso 100 %)								
Afghanistan			40	11,8 %	312	2,1 %	352	2,3 %
France			35	10,4 %	283	1,9 %	318	2,1 %
Maroc			29	8,6 %	918	6,2 %	947	6,3 %
Guinée			27	8 %	872	5,9 %	899	5,9 %
Algérie			25	7,4 %	3 366	22,8 %	3 391	22,4 %
<b>Migration</b>								
Durée de séjour en France des personnes reçues étrangères (a) (taux de réponse : ville 68.8 %, ensemble Caso 95.1 %)								
0 à 90 jours inclus			34	16,3 %	4 662	33,6 %	4 696	33,4 %
3 à moins de 6 mois			39	18,7 %	1 997	14,4 %	2 036	14,5 %
6 à moins de 12 mois			33	15,8 %	1 454	10,5 %	1 487	10,6 %
12 mois à moins de 2 ans			37	17,7 %	1 620	11,7 %	1 657	11,8 %
2 ans et plus			66	31,6 %	4 131	29,8 %	4 197	29,8 %
Situation au regard du séjour (b), (c), (d) (taux de réponse : ville 55.1 %, ensemble Caso 76.1 %)								
Situation irrégulière			18	23,7 %	4 370	62,6 %	4 388	62,1 %
Demandeur d'asile (b), (e) (taux de réponse : ville 52.9 %, ensemble Caso 77.6 %)								

Thème	Indicateur	Modalité	Ville		Autres Caso		Ensemble	
			n	%	n	%	n	%
Dépôt ou tentative de dépôt			61	67%	2 497	32,1%	2 558	32,5%
<b>Environnement économique</b>								
Activité rémunérée en France chez les plus de 16 ans (b) (taux de réponse : ville 50 %, ensemble Caso 78.4 %)								
Activité rémunérée			2	2,5%	1 473	19,3%	1 475	19,2%
<b>Environnement physique</b>								
Situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 57.9 %, ensemble Caso 81.7 %)								
Logement personnel			20	17,5%	626	7,2%	646	7,4%
Hébergement chez famille ou amis			27	23,7%	4 720	54,6%	4 747	54,2%
Hébergement institutionnel ou militant			54	47,4%	1 022	11,8%	1 076	12,3%
Squat ou bidonville				310	3,6%	310	3,5%	3,5%
A la rue ou hébergement d'urgence			13	11,4%	1 960	22,7%	1 973	22,5%
Res senti situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 56.3 %, ensemble Caso 77.9 %)								
Temporaire ou instable			88	79,3%	5 591	67,9%	5 679	68%
<b>Environnement social</b>								
Parentalité chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 57.1 %, ensemble Caso 82 %)								
Parent d'enfant(s) mineur-e (s)			33	37,5%	2 320	30,1%	2 353	30,2%
Situation familiale chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 57.1 %, ensemble Caso 79.8 %)								
Vit seul avec enfant(s) mineur-e (s)			8	9,1%	344	4,6%	352	4,6%
Vit seul sans enfant mineur-e			55	62,5%	5 358	71,5%	5 413	71,4%
Vit en couple avec enfant(s) mineur-e (s)			10	11,4%	739	9,9%	749	9,9%
Vit en couple sans enfant mineur-e			15	17%	1 055	14,1%	1 070	14,1%
<b>Comportements individuels et expériences</b>								
Renoncement aux soins (b) (taux de réponse : ville 47.7 %, ensemble Caso 51.5 %)								
Renoncement au cours des 12 derniers mois			6	6,4%	791	14,6%	797	14,4%
Dépistage VIH (f) (taux de réponse : ville 18.3 %, ensemble Caso 10.2 %)								
Antécédent de dépistage VIH			10	47,6%	211	28,8%	221	29,3%
Contraception (g) (taux de réponse : ville 31.7 %, ensemble Caso 34.4 %)								
Utilisation contraception chez femmes de 15 à 49 ans concernées			3	23,1%	99	12,5%	102	12,7%
<b>Accès au système de santé</b>								
Éligibilité couverture maladie (b) (taux de réponse : ville 55.8 %, ensemble Caso 72.7 %)								
PUMa ou AME			83	75,5%	4 764	62,1%	4 847	62,3%
PUMa			63	57,3%	1 462	19,1%	1 525	19,6%
AME			20	18,2%	3 302	43%	3 322	42,7%
Droits effectifs couverture maladies (b) (taux de réponse : ville 56.3 %, ensemble Caso 68.1 %)								
PUMa ou AME			38	34,2%	940	13,1%	978	13,4%
PUMa			35	31,5%	574	8%	609	8,4%
AME			3	2,7%	366	5,1%	369	5,1%
Droits ouverts chez personnes éligibles (b) (taux de réponse : ville 98.8 %, ensemble Caso 91.9 %)								
PUMa ou AME			36	43,9%	906	20,7%	942	21,1%
PUMa			33	53,2%	524	40%	557	40,6%
AME			3	15%	350	11,4%	353	11,4%
Domiciliation (b) (taux de réponse : ville 54.8 %, ensemble Caso 78 %)								
Besoin d'une domiciliation administrative			12	11,1%	2 288	27,8%	2 300	27,5%

Thème	Indicateur	Modalité	Ville		Autres Caso		Ensemble	
			n	%	n	%	n	%
Principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins (b) (taux de réponse : ville 53.8 %, ensemble Caso 60.1 %)								
Difficultés financières			59	55,7%	996	15,7%	1 055	16,4%
Barrière linguistique			28	26,4%	1 483	23,4%	1 511	23,5%
Difficultés administratives			22	20,8%	1 715	27,1%	1 737	27%
Démarches en cours mais délais d'instruction trop longs			16	15,1%	213	3,4%	229	3,6%
Aucun droit possible			12	11,3%	1 258	19,9%	1 270	19,7%
<b>État de santé lors des consultations de médecine générale</b>								
Principaux chapitres de la CISP-2 liés aux diagnostics (h) (taux de réponse : ville 97.7 %, ensemble Caso 82.8 %)								
Respiratoire			66	31%	1 426	18,9%	1 492	19,3%
Digestif			44	20,7%	1 677	22,3%	1 721	22,2%
Peau			43	20,2%	952	12,6%	995	12,8%
Ostéoarticulaire			30	14,1%	1 466	19,5%	1 496	19,3%
Général et non spécifié			28	13,1%	867	11,5%	895	11,6%
Diagnostics définis comme chroniques par les médecins au cours de l'année (taux de réponse : ville 91.7 %, ensemble Caso 44.2 %)								
Patients avec un diagnostic ou plus défini comme chronique			69	34,5%	2 277	57,9%	2 346	56,8%
Diagnostics avec retard de recours aux soins d'après les médecins (taux de réponse : ville 92.7 %, ensemble Caso 45.8 %)								
Patients avec un diagnostic ou plus avec retard de recours aux soins			5	2,5%	1 447	35,5%	1 452	33,9%
Urgence de la prise en charge d'après les médecins (taux de réponse : ville 93.5 %, ensemble Caso 48.6 %)								
Consultations nécessitant une prise en charge urgente ou assez urgente			148	46,4%	2 383	38,4%	2 531	38,8%

(a) Durée entre la date de dernière entrée en France et la date de première consultation ou entretien en 2024.

(b) Situation lors de l'entretien d'accueil pour les personnes dont la première visite a eu lieu en 2024.

(c) Parmi les personnes étrangères majeures.

(d) Sans titre de séjour ou sans autorisation de séjour en France ; titre de séjour dans un autre pays européen et depuis plus de 3 mois en France.

(e) Parmi les personnes étrangères hors Union européenne.

(f) Situation lors de la première consultation de médecine générale pour les personnes dont la première consultation a eu lieu en 2024.

(g) Patientes âgées de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'une consultation de médecine générale ou d'un entretien DSSR en 2024. Les patientes enceintes ou considérées comme non concernées au cours d'une consultation du fait par exemple d'un désir de grossesse ou de l'absence de menstruations ont été exclues de l'analyse.

(h) En nombre et pourcentage de patients ayant présenté à au moins une reprise en 2024 un diagnostic associé au chapitre

Le chapitre de la CISP-2 « général et non spécifié » regroupe les symptômes, plaintes, diagnostics et motifs de consultation qui ne sont pas spécifiques à un appareil anatomique. Cette catégorie inclut, entre autres, les symptômes généraux, tels que la fatigue ou les douleurs généralisées ainsi que les infections générales (tel que tuberculose ou rougeole).

## ROUEN

Nombre de personnes reçues (a)	% ensemble des personnes reçues des Caso	Nombre de consultations					
		Médecine générale	Psy-chiques	Autres spécialités	Dentaires	Infirmières ou prévention	Entretiens sociaux
600	4 %	203	0	0	0	135	185

(a) La file active correspond au nombre de personnes différentes ayant eu au moins une consultation ou un entretien d'accueil au cours de l'année.

Thème	Indicateur	Modalité	Ville		Autres Caso		Ensemble	
			n	%	n	%	n	%
<b>Démographie</b>								
Genre (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Femmes			242	40,3 %	5 333	36,7 %	5 575	36,9 %
Age (taux de réponse : ville 99.5 %, ensemble Caso 99.8 %)								
Médiane			32.3		34.2		34.1	
Classes d'âge (taux de réponse : ville 99.5 %, ensemble Caso 99.8 %)								
< 18			64	10,7 %	1 332	9,2 %	1 396	9,3 %
18-39			368	61,6 %	8 293	57,2 %	8 661	57,4 %
40-59			140	23,5 %	3 870	26,7 %	4 010	26,6 %
60 et plus			25	4,2 %	998	6,9 %	1 023	6,8 %
Ressortissants étranger ère-s (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Étranger ère-s			579	96,5 %	14 221	98 %	14 800	97,9 %
Groupe continental (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Afrique Subsaharienne			185	30,8 %	6 022	41,5 %	6 207	41,1 %
Maghreb			352	58,7 %	4 799	33,1 %	5 151	34,1 %
Europe hors UE			7	1,2 %	1 185	8,2 %	1 192	7,9 %
Proche et Moyen Orient			15	2,5 %	614	4,2 %	629	4,2 %
Union européenne			29	4,8 %	942	6,5 %	971	6,4 %
Océanie et Amériques			10	1,7 %	246	1,7 %	256	1,7 %
Asie			2	0,3 %	703	4,8 %	705	4,7 %
Nationalités les plus représentées (taux de réponse : ville 99.8 %, ensemble Caso 100 %)								
Algérie			236	39,4 %	3 155	21,7 %	3 391	22,4 %
Tunisie			53	8,8 %	561	3,9 %	614	4,1 %
Maroc			51	8,5 %	896	6,2 %	947	6,3 %
Guinée			27	4,5 %	872	6 %	899	5,9 %
Congo-Brazza			26	4,3 %	181	1,2 %	207	1,4 %
<b>Migration</b>								
Durée de séjour en France des personnes reçues étrangères (a) (taux de réponse : ville 92.9 %, ensemble Caso 95.1 %)								
0 à 90 jours inclus			240	44,6 %	4 456	32,9 %	4 696	33,4 %
3 à moins de 6 mois			77	14,3 %	1 959	14,5 %	2 036	14,5 %
6 à moins de 12 mois			55	10,2 %	1 432	10,6 %	1 487	10,6 %
12 mois à moins de 2 ans			58	10,8 %	1 599	11,8 %	1 657	11,8 %
2 ans et plus			108	20,1 %	4 089	30,2 %	4 197	29,8 %
Situation au regard du séjour (b), (c), (d) (taux de réponse : ville 87.9 %, ensemble Caso 76.1 %)								
Situation irrégulière			245	63,6 %	4 143	62 %	4 388	62,1 %
Demandeur d'asile (b), (e) (taux de réponse : ville 65.4 %, ensemble Caso 77.6 %)								

Thème	Indicateur	Modalité	Ville		Autres Caso		Ensemble	
			n	%	n	%	n	%
Dépôt ou tentative de dépôt			65	20,2 %	2 493	33,1 %	2 558	32,5 %
<b>Environnement économique</b>								
Activité rémunérée en France chez les plus de 16 ans (b) (taux de réponse : ville 81.3 %, ensemble Caso 78.4 %)								
Activité rémunérée			59	15,3 %	1 416	19,4 %	1 475	19,2 %
<b>Environnement physique</b>								
Situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 90.4 %, ensemble Caso 81.7 %)								
Logement personnel			80	17,1 %	566	6,8 %	646	7,4 %
Hébergement chez famille ou amis			291	62 %	4 456	53,8 %	4 747	54,2 %
Hébergement institutionnel ou militant			37	7,9 %	1 039	12,5 %	1 076	12,3 %
Squat ou bidonville			4	0,9 %	306	3,7 %	310	3,5 %
A la rue ou hébergement d'urgence			57	12,2 %	1 916	23,1 %	1 973	22,5 %
Ressenti situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 82.3 %, ensemble Caso 77.9 %)								
Temporaire ou instable			200	46,8 %	5 479	69,2 %	5 679	68 %
<b>Environnement social</b>								
Parentalité chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 84.4 %, ensemble Caso 82 %)								
Parent d'enfant(s) mineur-e (s)			125	32,5 %	2 228	30,1 %	2 353	30,2 %
Situation familiale chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 82 %, ensemble Caso 79.8 %)								
Vit seul avec enfant(s) mineur-e (s)			26	7 %	326	4,5 %	352	4,6 %
Vit seul sans enfant mineur-e			237	63,4 %	5 176	71,8 %	5 413	71,4 %
Vit en couple avec enfant(s) mineur-e (s)			55	14,7 %	694	9,6 %	749	9,9 %
Vit en couple sans enfant mineur-e			56	15 %	1 014	14,1 %	1 070	14,1 %
<b>Comportements individuels et expériences</b>								
Renoncement aux soins (b) (taux de réponse : ville 8.9 %, ensemble Caso 51.5 %)								
Renoncement au cours des 12 derniers mois			8	17,4 %	789	14,4 %	797	14,4 %
Dépistage VIH (f) (taux de réponse : ville 0 %, ensemble Caso 10.2 %)								
Antécédent de dépistage VIH				221	29,3 %	221	29,3 %	29,3 %
Contraception (g) (taux de réponse : ville 25.8 %, ensemble Caso 34.4 %)								
Utilisation contraception chez femmes de 15 à 49 ans concernées			12	52,2 %	90	11,5 %	102	12,7 %
<b>Accès au système de santé</b>								
Éligibilité couverture maladie (b) (taux de réponse : ville 80.9 %, ensemble Caso 72.7 %)								
PUMa ou AME			298	71 %	4 549	61,8 %	4 847	62,3 %
PUMa			90	21,4 %	1 435	19,5 %	1 525	19,6 %
AME			208	49,5 %	3 114	42,3 %	3 322	42,7 %
Droits effectifs couverture maladies (b) (taux de réponse : ville 83 %, ensemble Caso 68.1 %)								
PUMa ou AME			80	18,6 %	898	13,1 %	978	13,4 %
PUMa			54	12,5 %	555	8,1 %	609	8,4 %
AME			26	6 %	343	5 %	369	5,1 %
Droits ouverts chez personnes éligibles (b) (taux de réponse : ville 96 %, ensemble Caso 91.9 %)								
PUMa ou AME			74	25,9 %	868	20,8 %	942	21,1 %
PUMa			50	58,8 %	507	39,4 %	557	40,6 %
AME			23	11,4 %	330	11,5 %	353	11,4 %
Domiciliation (b) (taux de réponse : ville 84.6 %, ensemble Caso 78 %)								
Besoin d'une domiciliation administrative			118	26,9 %	2 182	27,6 %	2 300	27,5 %
Principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins (b) (taux de réponse : ville 13.5 %, ensemble Caso 60.1 %)								
Difficultés administratives			15	21,4 %	1 722	27,1 %	1 737	27 %

## ROUEN

Thème	Indicateur	Modalité	Ville		Autres Caso		Ensemble	
			n	%	n	%	n	%
Méconnaissance des droits et des structures			12	17,1 %	1 873	29,4 %	1 885	29,3 %
Barrière linguistique			8	11,4 %	1 503	23,6 %	1 511	23,5 %
Difficultés financières			4	5,7 %	1 051	16,5 %	1 055	16,4 %
Autre			3	4,3 %	145	2,3 %	148	2,3 %
<b>État de santé lors des consultations de médecine générale</b>								
Principaux chapitres de la CISP-2 liés aux diagnostics (h) (taux de réponse : ville 83.4 %, ensemble Caso 82.8 %)								
Digestif			40	29,4 %	1 681	22,1 %	1 721	22,2 %
Respiratoire			28	20,6 %	1 464	19,2 %	1 492	19,3 %
Ostéoarticulaire			20	14,7 %	1 476	19,4 %	1 496	19,3 %
Peau			20	14,7 %	975	12,8 %	995	12,8 %
Général et non spécifié			10	7,4 %	885	11,6 %	895	11,6 %
Diagnostics définis comme chroniques par les médecins au cours de l'année (taux de réponse : ville 38.7 %, ensemble Caso 44.2 %)								
Patients avec un diagnostic ou plus défini comme chronique			34	54 %	2 312	56,8 %	2 346	56,8 %
Diagnostics avec retard de recours aux soins d'après les médecins (taux de réponse : ville 39.3 %, ensemble Caso 45.8 %)								
Patients avec un diagnostic ou plus avec retard de recours aux soins			11	17,2 %	1 441	34,2 %	1 452	33,9 %
Urgence de la prise en charge d'après les médecins (taux de réponse : ville 55.7 %, ensemble Caso 48.6 %)								
Consultations nécessitant une prise en charge urgente ou assez urgente			40	35,4 %	2 491	38,8 %	2 531	38,8 %

(a) Durée entre la date de dernière entrée en France et la date de première consultation ou entretien en 2024.

(b) Situation lors de l'entretien d'accueil pour les personnes dont la première visite a eu lieu en 2024.

(c) Parmi les personnes étrangères majeures.

(d) Sans titre de séjour ou sans autorisation de séjour en France ; titre de séjour dans un autre pays européen et depuis plus de 3 mois en France.

(e) Parmi les personnes étrangères hors Union européenne.

(f) Situation lors de la première consultation de médecine générale pour les personnes dont la première consultation a eu lieu en 2024.

(g) Patientes âgées de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'une consultation de médecine générale ou d'un entretien DSSR en 2024. Les patientes enceintes ou considérées comme non concernées au cours d'une consultation du fait par exemple d'un désir de grossesse ou de l'absence de menstruations ont été exclues de l'analyse.

(h) En nombre et pourcentage de patients ayant présenté à au moins une reprise en 2024 un diagnostic associé au chapitre Le chapitre de la CISP-2 « général et non spécifié » regroupe les symptômes, plaintes, diagnostics et motifs de consultation qui ne sont pas spécifiques à un appareil anatomique. Cette catégorie inclut, entre autres, les symptômes généraux, tels que la fatigue ou les douleurs généralisées ainsi que les infections générales (tel que tuberculose ou rougeole).

## SAINT-DENIS

Nombre de personnes reçues (a)	% ensemble des personnes reçues des Caso	Nombre de consultations					
		Médecine générale	Psy-chiques	Autres spécialités	Dentaires	Infirmières ou prévention	Entretiens sociaux
2 592	17.1 %	1 877	385	66	0	437	3 182

(a) La file active correspond au nombre de personnes différentes ayant eu au moins une consultation ou un entretien d'accueil au cours de l'année.

Thème	Indicateur	Modalité	Ville		Autres Caso		Ensemble	
			n	%	n	%	n	%
<b>Démographie</b>								
Genre (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Femmes			1 016	39,2 %	4 559	36,4 %	5 575	36,9 %
Age (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 99.8 %)								
Médiane			35.7		33.8		34.1	
Classes d'âge (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 99.8 %)								
< 18			132	5,1 %	1 264	10,1 %	1 396	9,3 %
18-39			1 567	60,5 %	7 094	56,8 %	8 661	57,4 %
40-59			738	28,5 %	3 272	26,2 %	4 010	26,6 %
60 et plus			155	6 %	868	6,9 %	1 023	6,8 %
Ressortissants étranger ère-s (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Étranger ère-s			2 588	99,8 %	12 212	97,5 %	14 800	97,9 %
Groupe continental (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Afrique Subsaharienne			1 395	53,8 %	4 812	38,4 %	6 207	41,1 %
Maghreb			596	23 %	4 555	36,4 %	5 151	34,1 %
Europe hors UE			32	1,2 %	1 160	9,3 %	1 192	7,9 %
Proche et Moyen Orient			121	4,7 %	508	4,1 %	629	4,2 %
Union européenne			145	5,6 %	826	6,6 %	971	6,4 %
Océanie et Amériques			38	1,5 %	218	1,7 %	256	1,7 %
Asie			265	10,2 %	440	3,5 %	705	4,7 %
Nationalités les plus représentées (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Côte d'Ivoire			631	24,4 %	753	6 %	1 384	9,2 %
Algérie			469	18,1 %	2 922	23,3 %	3 391	22,4 %
Cameroun			239	9,2 %	459	3,7 %	698	4,6 %
Inde			215	8,3 %	16	0,1 %	231	1,5 %
Mali			149	5,8 %	232	1,9 %	381	2,5 %
<b>Migration</b>								
Durée de séjour en France des personnes reçues étrangères (a) (taux de réponse : ville 95.5 %, ensemble Caso 95.1 %)								
0 à 90 jours inclus			771	31,2 %	3 925	33,8 %	4 696	33,4 %
3 à moins de 6 mois			387	15,7 %	1 649	14,2 %	2 036	14,5 %
6 à moins de 12 mois			292	11,8 %	1 195	10,3 %	1 487	10,6 %
12 mois à moins de 2 ans			325	13,1 %	1 332	11,5 %	1 657	11,8 %
2 ans et plus			697	28,2 %	3 500	30,2 %	4 197	29,8 %
Situation au regard du séjour (b), (c), (d) (taux de réponse : ville 65.9 %, ensemble Caso 76.1 %)								
Situation irrégulière			891	84,7 %	3 497	58,2 %	4 388	62,1 %
Demandeur d'asile (b), (e) (taux de réponse : ville 68.9 %, ensemble Caso 77.6 %)								

## SAINT-DENIS

Thème	Indicateur	Modalité	Ville		Autres Caso		Ensemble	
			n	%	n	%	n	%
Dépôt ou tentative de dépôt			134	11,6 %	2 424	36,2 %	2 558	32,5 %
<b>Environnement économique</b>								
Activité rémunérée en France chez les plus de 16 ans (b) (taux de réponse : ville 70.9 %, ensemble Caso 78.4 %)								
Activité rémunérée			320	27,7 %	1 155	17,6 %	1 475	19,2 %
<b>Environnement physique</b>								
Situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 69 %, ensemble Caso 81.7 %)								
Logement personnel			45	3,8 %	601	7,9 %	646	7,4 %
Hébergement chez famille ou amis			844	71,3 %	3 903	51,6 %	4 747	54,2 %
Hébergement institutionnel ou militant			30	2,5 %	1 046	13,8 %	1 076	12,3 %
Squat ou bidonville			54	4,6 %	256	3,4 %	310	3,5 %
A la rue ou hébergement d'urgence			211	17,8 %	1 762	23,3 %	1 973	22,5 %
Ressenti situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 69.4 %, ensemble Caso 77.9 %)								
Temporaire ou instable			735	61,7 %	4 944	69,1 %	5 679	68 %
<b>Environnement social</b>								
Parentalité chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 72.1 %, ensemble Caso 82 %)								
Parent d'enfant(s) mineur-e (s)			367	31,8 %	1 986	29,9 %	2 353	30,2 %
Situation familiale chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 70.9 %, ensemble Caso 79.8 %)								
Vit seul avec enfant(s) mineur-e (s)			41	3,6 %	311	4,8 %	352	4,6 %
Vit seul sans enfant mineur-e			860	75,8 %	4 553	70,6 %	5 413	71,4 %
Vit en couple avec enfant(s) mineur-e (s)			85	7,5 %	664	10,3 %	749	9,9 %
Vit en couple sans enfant mineur-e			149	13,1 %	921	14,3 %	1 070	14,1 %
<b>Comportements individuels et expériences</b>								
Renoncement aux soins (b) (taux de réponse : ville 53.8 %, ensemble Caso 51.5 %)								
Renoncement au cours des 12 derniers mois			201	21,8 %	596	13 %	797	14,4 %
Dépistage VIH (f) (taux de réponse : ville 8.6 %, ensemble Caso 10.2 %)								
Antécédent de dépistage VIH			52	56,5 %	169	25,6 %	221	29,3 %
Contraception (g) (taux de réponse : ville 9.4 %, ensemble Caso 34.4 %)								
Utilisation contraception chez femmes de 15 à 49 ans concernées			2	6,1 %	100	13 %	102	12,7 %
<b>Accès au système de santé</b>								
Éligibilité couverture maladie (b) (taux de réponse : ville 60 %, ensemble Caso 72.7 %)								
PUMa ou AME			629	61,1 %	4 218	62,5 %	4 847	62,3 %
PUMa			62	6 %	1 463	21,7 %	1 525	19,6 %
AME			567	55,1 %	2 755	40,8 %	3 322	42,7 %
Droits effectifs couverture maladies (b) (taux de réponse : ville 57.1 %, ensemble Caso 68.1 %)								
PUMa ou AME			32	3,3 %	946	15 %	978	13,4 %
PUMa			10	1 %	599	9,5 %	609	8,4 %
AME			22	2,2 %	347	5,5 %	369	5,1 %
Droits ouverts chez personnes éligibles (b) (taux de réponse : ville 95.4 %, ensemble Caso 91.9 %)								
PUMa ou AME			32	5,3 %	910	23,6 %	942	21,1 %
PUMa			8	14,3 %	549	41,7 %	557	40,6 %
AME			21	3,9 %	332	13,1 %	353	11,4 %
Domiciliation (b) (taux de réponse : ville 68.7 %, ensemble Caso 78 %)								
Besoin d'une domiciliation administrative			429	36,4 %	1 871	26,1 %	2 300	27,5 %

Thème	Indicateur	Modalité	Ville		Autres Caso		Ensemble	
			n	%	n	%	n	%
<b>Principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins (b) (taux de réponse : ville 50 %, ensemble Caso 60.1 %)</b>								
Méconnaissance des droits et des structures			297	34,6 %	1 588	28,5 %	1 885	29,3 %
Difficultés administratives			216	25,2 %	1 521	27,3 %	1 737	27 %
Barrière linguistique			143	16,7 %	1 368	24,5 %	1 511	23,5 %
Difficultés financières			108	12,6 %	947	17 %	1 055	16,4 %
Aucun droit possible			80	9,3 %	1 190	21,3 %	1 270	19,7 %
<b>État de santé lors des consultations de médecine générale</b>								
Principaux chapitres de la CISP-2 liés aux diagnostics (h) (taux de réponse : ville 88 %, ensemble Caso 82.8 %)								
Ostéoarticulaire			254	21,5 %	1 242	18,9 %	1 496	19,3 %
Digestif			239	20,3 %	1 482	22,6 %	1 721	22,2 %
Respiratoire			225	19,1 %	1 267	19,3 %	1 492	19,3 %
Cardiovasculaire			180	15,3 %	570	8,7 %	750	9,7 %
Peau			123	10,4 %	872	13,3 %	995	12,8 %
Diagnostics définis comme chroniques par les médecins au cours de l'année (taux de réponse : ville 22.4 %, ensemble Caso 44.2 %)								
Patients avec un diagnostic ou plus défini comme chronique			181	60,3 %	2 165	56,5 %	2 346	56,8 %
Diagnostics avec retard de recours aux soins d'après les médecins (taux de réponse : ville 26.4 %, ensemble Caso 45.8 %)								
Patients avec un diagnostic ou plus avec retard de recours aux soins			248	70,1 %	1 204	30,7 %	1 452	33,9 %
Urgence de la prise en charge d'après les médecins (taux de réponse : ville 16 %, ensemble Caso 48.6 %)								
Consultations nécessitant une prise en charge urgente ou assez urgente			212	70,4 %	2 319	37,3 %	2 531	38,8 %

(a) Durée entre la date de dernière entrée en France et la date de première consultation ou entretien en 2024.

(b) Situation lors de l'entretien d'accueil pour les personnes dont la première visite a eu lieu en 2024.

(c) Parmi les personnes étrangères majeures.

(d) Sans titre de séjour ou sans autorisation de séjour en France ; titre de séjour dans un autre pays européen et depuis plus de 3 mois en France.

(e) Parmi les personnes étrangères hors Union européenne.

(f) Situation lors de la première consultation de médecine générale pour les personnes dont la première consultation a eu lieu en 2024.

(g) Patientes âgées de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'une consultation de médecine générale ou d'un entretien DSSR en 2024. Les patientes enceintes ou considérées comme non concernées au cours d'une consultation du fait par exemple d'un désir de grossesse ou de l'absence de menstruations ont été exclues de l'analyse.

(h) En nombre et pourcentage de patients ayant présenté à au moins une reprise en 2024 un diagnostic associé au chapitre Le chapitre de la CISP-2 « général et non spécifié » regroupe les symptômes, plaintes, diagnostics et motifs de consultation qui ne sont pas spécifiques à un appareil anatomique. Cette catégorie inclut, entre autres, les symptômes généraux, tels que la fatigue ou les douleurs généralisées ainsi que les infections générales (tel que tuberculose ou rougeole).

## STRASBOURG

Nombre de personnes reçues (a)	% ensemble des personnes reçues des Caso	Nombre de consultations					
		Médecine générale	Psy-chiques	Autres spécialités	Dentaires	Infirmières ou prévention	Entretiens sociaux
455	3 %	491	0	0	0	427	540

(a) La file active correspond au nombre de personnes différentes ayant eu au moins une consultation ou un entretien d'accueil au cours de l'année.

Thème	Indicateur	Modalité	Ville		Autres Caso		Ensemble	
			n	%	n	%	n	%
<b>Démographie</b>								
Genre (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Femmes			191	42 %	5 384	36,7 %	5 575	36,9 %
Age (taux de réponse : ville 99.8 %, ensemble Caso 99.8 %)								
Médiane			40.4		34		34.1	
Classes d'âge (taux de réponse : ville 99.8 %, ensemble Caso 99.8 %)								
< 18			18	4 %	1 378	9,4 %	1 396	9,3 %
18-39			204	44,9 %	8 457	57,8 %	8 661	57,4 %
40-59			155	34,1 %	3 855	26,3 %	4 010	26,6 %
60 et plus			77	17 %	946	6,5 %	1 023	6,8 %
Ressortissants étranger ère-s (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Étranger ère-s			451	99,1 %	14 349	97,9 %	14 800	97,9 %
Groupe continental (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Afrique Subsaharienne			134	29,5 %	6 073	41,4 %	6 207	41,1 %
Maghreb			190	41,8 %	4 961	33,8 %	5 151	34,1 %
Europe hors UE			97	21,3 %	1 095	7,5 %	1 192	7,9 %
Proche et Moyen Orient			12	2,6 %	617	4,2 %	629	4,2 %
Union européenne			12	2,6 %	959	6,5 %	971	6,4 %
Océanie et Amériques			2	0,4 %	254	1,7 %	256	1,7 %
Asie			8	1,8 %	697	4,8 %	705	4,7 %
Nationalités les plus représentées (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Algérie			136	29,9 %	3 255	22,2 %	3 391	22,4 %
Maroc			46	10,1 %	901	6,1 %	947	6,3 %
Géorgie			43	9,5 %	275	1,9 %	318	2,1 %
Cameroun			27	5,9 %	671	4,6 %	698	4,6 %
Albanie			20	4,4 %	256	1,7 %	276	1,8 %
<b>Migration</b>								
Durée de séjour en France des personnes reçues étrangères (a) (taux de réponse : ville 96.9 %, ensemble Caso 95.1 %)								
0 à 90 jours inclus			168	38,4 %	4 528	33,2 %	4 696	33,4 %
3 à moins de 6 mois			53	12,1 %	1 983	14,5 %	2 036	14,5 %
6 à moins de 12 mois			27	6,2 %	1 460	10,7 %	1 487	10,6 %
12 mois à moins de 2 ans			51	11,7 %	1 606	11,8 %	1 657	11,8 %
2 ans et plus			138	31,6 %	4 059	29,8 %	4 197	29,8 %
Situation au regard du séjour (b), (c), (d) (taux de réponse : ville 67 %, ensemble Caso 76.1 %)								
Situation irrégulière			102	55,7 %	4 286	62,3 %	4 388	62,1 %
Demandeur d'asile (b), (e) (taux de réponse : ville 66.7 %, ensemble Caso 77.6 %)								

Thème	Indicateur	Modalité	Ville		Autres Caso		Ensemble	
			n	%	n	%	n	%
Dépôt ou tentative de dépôt			66	34,7 %	2 492	32,5 %	2 558	32,5 %
<b>Environnement économique</b>								
Activité rémunérée en France chez les plus de 16 ans (b) (taux de réponse : ville 76 %, ensemble Caso 78.4 %)								
Activité rémunérée			18	8,5 %	1 457	19,5 %	1 475	19,2 %
<b>Environnement physique</b>								
Situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 71.1 %, ensemble Caso 81.7 %)								
Logement personnel			6	2,9 %	640	7,5 %	646	7,4 %
Hébergement chez famille ou amis			125	59,8 %	4 622	54,1 %	4 747	54,2 %
Hébergement institutionnel ou militant			36	17,2 %	1 040	12,2 %	1 076	12,3 %
Squat ou bidonville			4	1,9 %	306	3,6 %	310	3,5 %
A la rue ou hébergement d'urgence			38	18,2 %	1 935	22,7 %	1 973	22,5 %
Ressenti situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 72.4 %, ensemble Caso 77.9 %)								
Temporaire ou instable			163	76,5 %	5 516	67,8 %	5 679	68 %
<b>Environnement social</b>								
Parentalité chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 74.3 %, ensemble Caso 82 %)								
Parent d'enfant(s) mineur-e (s)			75	36,6 %	2 278	30 %	2 353	30,2 %
Situation familiale chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 72.1 %, ensemble Caso 79.8 %)								
Vit seul avec enfant(s) mineur-e (s)			11	5,5 %	341	4,6 %	352	4,6 %
Vit seul sans enfant mineur-e			122	61,3 %	5 291	71,6 %	5 413	71,4 %
Vit en couple avec enfant(s) mineur-e (s)			24	12,1 %	725	9,8 %	749	9,9 %
Vit en couple sans enfant mineur-e			42	21,1 %	1 028	13,9 %	1 070	14,1 %
<b>Comportements individuels et expériences</b>								
Renoncement aux soins (b) (taux de réponse : ville 59.5 %, ensemble Caso 51.5 %)								
Renoncement au cours des 12 derniers mois			24	13,7 %	773	14,5 %	797	14,4 %
Dépistage VIH (f) (taux de réponse : ville 1.2 %, ensemble Caso 10.2 %)								
Antécédent de dépistage VIH				221	29,5 %	221	29,3 %	29,3 %
Contraception (g) (taux de réponse : ville 38.6 %, ensemble Caso 34.4 %)								
Utilisation contraception chez femmes de 15 à 49 ans concernées			5	18,5 %	97	12,5 %	102	12,7 %
<b>Accès au système de santé</b>								
Éligibilité couverture maladie (b) (taux de réponse : ville 70.4 %, ensemble Caso 72.7 %)								
PUMa ou AME			134	64,7 %	4 713	62,2 %	4 847	62,3 %
PUMa			33	15,9 %	1 492	19,7 %	1 525	19,6 %
AME			101	48,8 %	3 221	42,5 %	3 322	42,7 %
Droits effectifs couverture maladies (b) (taux de réponse : ville 64.6 %, ensemble Caso 68.1 %)								
PUMa ou AME			35	18,4 %	943	13,3 %	978	13,4 %
PUMa			22	11,6 %	587	8,3 %	609	8,4 %
AME			13	6,8 %	356	5 %	369	5,1 %
Droits ouverts chez personnes éligibles (b) (taux de réponse : ville 95.5 %, ensemble Caso 91.9 %)								
PUMa ou AME			35	27,3 %	907	21 %	942	21,1 %
PUMa			19	65,5 %	538	40,1 %	557	40,6 %
AME			13	13,1 %	340	11,4 %	353	11,4 %
Domiciliation (b) (taux de réponse : ville 72.8 %, ensemble Caso 78 %)								
Besoin d'une domiciliation administrative			29	13,6 %	2 271	27,9 %	2 300	27,5 %
Principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins (b) (taux de réponse : ville 47.6 %, ensemble Caso 60.1 %)								
Difficultés administratives			40	28,6 %	1 697	27 %	1 737	27 %

## STRASBOURG

Thème	Indicateur	Modalité	Ville		Autres Caso		Ensemble	
			n	%	n	%	n	%
Barrière linguistique			38	27,1 %	1 473	23,4 %	1 511	23,5 %
Méconnaissance des droits et des structures			26	18,6 %	1 859	29,5 %	1 885	29,3 %
Difficultés financières			23	16,4 %	1 032	16,4 %	1 055	16,4 %
Aucun droit possible			12	8,6 %	1 258	20 %	1 270	19,7 %
<b>État de santé lors des consultations de médecine générale</b>								
Principaux chapitres de la CISP-2 liés aux diagnostics (h) (taux de réponse : ville 88.3 %, ensemble Caso 82.8 %)								
Digestif			68	25,8 %	1 653	22,1 %	1 721	22,2 %
Ostéoarticulaire			67	25,4 %	1 429	19,1 %	1 496	19,3 %
Respiratoire			35	13,3 %	1 457	19,5 %	1 492	19,3 %
Cardiovasculaire			31	11,7 %	719	9,6 %	750	9,7 %
Métabolique, nutritionnel et endocrinien			31	11,7 %	428	5,7 %	459	5,9 %
Diagnostics définis comme chroniques par les médecins au cours de l'année (taux de réponse : ville 51.8 %, ensemble Caso 44.2 %)								
Patients avec un diagnostic ou plus défini comme chronique			109	70,3 %	2 237	56,3 %	2 346	56,8 %
Diagnostics avec retard de recours aux soins d'après les médecins (taux de réponse : ville 52.8 %, ensemble Caso 45.8 %)								
Patients avec un diagnostic ou plus avec retard de recours aux soins			25	15,8 %	1 427	34,6 %	1 452	33,9 %
Urgence de la prise en charge d'après les médecins (taux de réponse : ville 54.2 %, ensemble Caso 48.6 %)								
Consultations nécessitant une prise en charge urgente ou assez urgente			81	30,5 %	2 450	39,1 %	2 531	38,8 %

(a) Durée entre la date de dernière entrée en France et la date de première consultation ou entretien en 2024.

(b) Situation lors de l'entretien d'accueil pour les personnes dont la première visite a eu lieu en 2024.

(c) Parmi les personnes étrangères majeures.

(d) Sans titre de séjour ou sans autorisation de séjour en France ; titre de séjour dans un autre pays européen et depuis plus de 3 mois en France.

(e) Parmi les personnes étrangères hors Union européenne.

(f) Situation lors de la première consultation de médecine générale pour les personnes dont la première consultation a eu lieu en 2024.

(g) Patientes âgées de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'une consultation de médecine générale ou d'un entretien DSSR en 2024. Les patientes enceintes ou considérées comme non concernées au cours d'une consultation du fait par exemple d'un désir de grossesse ou de l'absence de menstruations ont été exclues de l'analyse.

(h) En nombre et pourcentage de patients ayant présenté à au moins une reprise en 2024 un diagnostic associé au chapitre Le chapitre de la CISP-2 « général et non spécifié » regroupe les symptômes, plaintes, diagnostics et motifs de consultation qui ne sont pas spécifiques à un appareil anatomique. Cette catégorie inclut, entre autres, les symptômes généraux, tels que la fatigue ou les douleurs généralisées ainsi que les infections générales (tel que tuberculose ou rougeole).

## TOULOUSE

Nombre de personnes reçues (a)	% ensemble des personnes reçues des Caso	Nombre de consultations					
		Médecine générale	Psy-chiques	Autres spécialités	Dentaires	Infirmières ou prévention	Entretiens sociaux
1 224	8.1 %	1 101	315	0	0	70	925

(a) La file active correspond au nombre de personnes différentes ayant eu au moins une consultation ou un entretien d'accueil au cours de l'année.

Thème	Indicateur	Modalité	Ville		Autres Caso		Ensemble	
			n	%	n	%	n	%
<b>Démographie</b>								
Genre (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Femmes			517	42,2 %	5 058	36,4 %	5 575	36,9 %
Age (taux de réponse : ville 99.7 %, ensemble Caso 99.8 %)								
Médiane			32		34.2		34.1	
Classes d'âge (taux de réponse : ville 99.7 %, ensemble Caso 99.8 %)								
< 18			163	13,4 %	1 233	8,9 %	1 396	9,3 %
18-39			688	56,4 %	7 973	57,5 %	8 661	57,4 %
40-59			289	23,7 %	3 721	26,8 %	4 010	26,6 %
60 et plus			80	6,6 %	943	6,8 %	1 023	6,8 %
Ressortissants étranger ère-s (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Étranger ère-s			1 192	97,4 %	13 608	97,9 %	14 800	97,9 %
Groupe continental (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Afrique Subsaharienne			586	47,9 %	5 621	40,5 %	6 207	41,1 %
Maghreb			283	23,1 %	4 868	35,1 %	5 151	34,1 %
Europe hors UE			115	9,4 %	1 077	7,8 %	1 192	7,9 %
Proche et Moyen Orient			69	5,6 %	560	4 %	629	4,2 %
Union européenne			65	5,3 %	906	6,5 %	971	6,4 %
Océanie et Amériques			39	3,2 %	217	1,6 %	256	1,7 %
Asie			67	5,5 %	638	4,6 %	705	4,7 %
Nationalités les plus représentées (taux de réponse : ville 100 %, ensemble Caso 100 %)								
Algérie			201	16,4 %	3 190	23 %	3 391	22,4 %
Guinée			134	10,9 %	765	5,5 %	899	5,9 %
Côte d'Ivoire			88	7,2 %	1 296	9,3 %	1 384	9,2 %
RDC			77	6,3 %	463	3,3 %	540	3,6 %
Angola			46	3,8 %	209	1,5 %	255	1,7 %
<b>Migration</b>								
Durée de séjour en France des personnes reçues étrangères (a) (taux de réponse : ville 95.2 %, ensemble Caso 95.1 %)								
0 à 90 jours inclus			506	44,6 %	4 190	32,4 %	4 696	33,4 %
3 à moins de 6 mois			150	13,2 %	1 886	14,6 %	2 036	14,5 %
6 à moins de 12 mois			96	8,5 %	1 391	10,8 %	1 487	10,6 %
12 mois à moins de 2 ans			113	10 %	1 544	11,9 %	1 657	11,8 %
2 ans et plus			270	23,8 %	3 927	30,4 %	4 197	29,8 %
Situation au regard du séjour (b), (c), (d) (taux de réponse : ville 77.8 %, ensemble Caso 76.1 %)								
Situation irrégulière			170	27,4 %	4 218	65,5 %	4 388	62,1 %
Demandeur d'asile (b), (e) (taux de réponse : ville 74 %, ensemble Caso 77.6 %)								

## TOULOUSE

Thème	Indicateur	Modalité	Ville		Autres Caso		Ensemble	
			n	%	n	%	n	%
Dépôt ou tentative de dépôt			428	63,7 %	2 130	29,6 %	2 558	32,5 %
<b>Environnement économique</b>								
Activité rémunérée en France chez les plus de 16 ans (b) (taux de réponse : ville 51.4 %, ensemble Caso 78.4 %)								
Activité rémunérée			38	8,7 %	1 437	19,8 %	1 475	19,2 %
<b>Environnement physique</b>								
Situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 80 %, ensemble Caso 81.7 %)								
Logement personnel			41	5,4 %	605	7,6 %	646	7,4 %
Hébergement chez famille ou amis			211	27,5 %	4 536	56,8 %	4 747	54,2 %
Hébergement institutionnel ou militant			303	39,6 %	773	9,7 %	1 076	12,3 %
Squat ou bidonville			20	2,6 %	290	3,6 %	310	3,5 %
A la rue ou hébergement d'urgence			191	24,9 %	1 782	22,3 %	1 973	22,5 %
Ressenti situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 61.9 %, ensemble Caso 77.9 %)								
Temporaire ou instable			517	87,2 %	5 162	66,6 %	5 679	68 %
<b>Environnement social</b>								
Parentalité chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 72.2 %, ensemble Caso 82 %)								
Parent d'enfant(s) mineur-e (s)			199	33,5 %	2 154	29,9 %	2 353	30,2 %
Situation familiale chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 70 %, ensemble Caso 79.8 %)								
Vit seul avec enfant(s) mineur-e (s)			48	8,3 %	304	4,3 %	352	4,6 %
Vit seul sans enfant mineur-e			371	64,4 %	5 042	71,9 %	5 413	71,4 %
Vit en couple avec enfant(s) mineur-e (s)			72	12,5 %	677	9,7 %	749	9,9 %
Vit en couple sans enfant mineur-e			85	14,8 %	985	14,1 %	1 070	14,1 %
<b>Comportements individuels et expériences</b>								
Renoncement aux soins (b) (taux de réponse : ville 18.9 %, ensemble Caso 51.5 %)								
Renoncement au cours des 12 derniers mois			12	6,6 %	785	14,7 %	797	14,4 %
Dépistage VIH (f) (taux de réponse : ville 0.6 %, ensemble Caso 10.2 %)								
Antécédent de dépistage VIH			4	100 %	217	29 %	221	29,3 %
Contraception (g) (taux de réponse : ville 4.9 %, ensemble Caso 34.4 %)								
Utilisation contraception chez femmes de 15 à 49 ans concernées			2	16,7 %	100	12,6 %	102	12,7 %
<b>Accès au système de santé</b>								
Éligibilité couverture maladie (b) (taux de réponse : ville 67.8 %, ensemble Caso 72.7 %)								
PUMa ou AME			314	48,3 %	4 533	63,5 %	4 847	62,3 %
PUMa			145	22,3 %	1 380	19,3 %	1 525	19,6 %
AME			169	26 %	3 153	44,2 %	3 322	42,7 %
Droits effectifs couverture maladies (b) (taux de réponse : ville 61.4 %, ensemble Caso 68.1 %)								
PUMa ou AME			72	12,2 %	906	13,5 %	978	13,4 %
PUMa			48	8,2 %	561	8,4 %	609	8,4 %
AME			24	4,1 %	345	5,1 %	369	5,1 %
Droits ouverts chez personnes éligibles (b) (taux de réponse : ville 87.6 %, ensemble Caso 91.9 %)								
PUMa ou AME			66	24 %	876	21 %	942	21,1 %
PUMa			43	35 %	514	41,2 %	557	40,6 %
AME			23	15,1 %	330	11,3 %	353	11,4 %
Domiciliation (b) (taux de réponse : ville 65.7 %, ensemble Caso 78 %)								
Besoin d'une domiciliation administrative			91	14,5 %	2 209	28,6 %	2 300	27,5 %

Thème	Indicateur	Modalité	Ville		Autres Caso		Ensemble	
			n	%	n	%	n	%
Principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins (b) (taux de réponse : ville 51 %, ensemble Caso 60.1 %)								
Aucun droit possible			220	45 %	1 050	17,7 %	1 270	19,7 %
Méconnaissance des droits et des structures			139	28,4 %	1 746	29,4 %	1 885	29,3 %
Difficultés administratives			123	25,2 %	1 614	27,1 %	1 737	27 %
Barrière linguistique			117	23,9 %	1 394	23,4 %	1 511	23,5 %
Difficultés financières			40	8,2 %	1 015	17,1 %	1 055	16,4 %
<b>État de santé lors des consultations de médecine générale</b>								
Principaux chapitres de la CISP-2 liés aux diagnostics (h) (taux de réponse : ville 89.8 %, ensemble Caso 82.8 %)								
Respiratoire			153	20,8 %	1 339	19,1 %	1 492	19,3 %
Digestif			140	19 %	1 581	22,6 %	1 721	22,2 %
Ostéoarticulaire			128	17,4 %	1 368	19,5 %	1 496	19,3 %
Psychologique			102	13,8 %	513	7,3 %	615	7,9 %
Peau			99	13,4 %	896	12,8 %	995	12,8 %
Diagnostics définis comme chroniques par les médecins au cours de l'année (taux de réponse : ville 33.6 %, ensemble Caso 44.2 %)								
Patients avec un diagnostic ou plus défini comme chronique			161	58,3 %	2 185	56,7 %	2 346	56,8 %
Diagnostics avec retard de recours aux soins d'après les médecins (taux de réponse : ville 33.7 %, ensemble Caso 45.8 %)								
Patients avec un diagnostic ou plus avec retard de recours aux soins			93	33,6 %	1 359	34 %	1 452	33,9 %
Urgence de la prise en charge d'après les médecins (taux de réponse : ville 42.1 %, ensemble Caso 48.6 %)								
Consultations nécessitant une prise en charge urgente ou assez urgente			206	44,5 %	2 325	38,4 %	2 531	38,8 %

(a) Durée entre la date de dernière entrée en France et la date de première consultation ou entretien en 2024.

(b) Situation lors de l'entretien d'accueil pour les personnes dont la première visite a eu lieu en 2024.

(c) Parmi les personnes étrangères majeures.

(d) Sans titre de séjour ou sans autorisation de séjour en France ; titre de séjour dans un autre pays européen et depuis plus de 3 mois en France.

(e) Parmi les personnes étrangères hors Union européenne.

(f) Situation lors de la première consultation de médecine générale pour les personnes dont la première consultation a eu lieu en 2024.

(g) Patientes âgées de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'une consultation de médecine générale ou d'un entretien DSSR en 2024. Les patientes enceintes ou considérées comme non concernées au cours d'une consultation du fait par exemple d'un désir de grossesse ou de l'absence de menstruations ont été exclues de l'analyse.

(h) En nombre et pourcentage de patients ayant présenté à au moins une reprise en 2024 un diagnostic associé au chapitre Le chapitre de la CISP-2 « général et non spécifié » regroupe les symptômes, plaintes, diagnostics et motifs de consultation qui ne sont pas spécifiques à un appareil anatomique. Cette catégorie inclut, entre autres, les symptômes généraux, tels que la fatigue ou les douleurs généralisées ainsi que les infections générales (tel que tuberculose ou rougeole).

# ANALYSES PONDÉRÉES DES CASO

Modalité	Ensemble file active (a)	Moyenne des Caso (b)	Ajaccio	Bordeaux	Grenoble	Lyon	Marseille	Montpellier	Nancy	Nice	Paris	Pau	Rouen	Saint Denis	Strasbourg	Toulouse	Taux de réponse
<b>ACTIVITÉ DES CASO/CAOA</b>																	
<b>File active</b>																	
File active 2024	15 118	1079	76	1601	1113	1135	1007	1375	710	1048	1843	339	600	2592	455	1 224	
Repartition par Caso (%)	100,0	7,0	0,5	10,6	7,4	7,5	6,7	9,1	4,7	6,9	12,2	2,2	4,0	17,1	3,0	8,1	
<b>Motif(s) de venue lors de la première visite dans un Caso (b) (%)</b>																	
Besoin en santé uniquement	63,3	64,8		57,2	87,5	81,1	60,5	40,7	69,6	50,8	38,7	93,9	44,3	73,7	58,1	86,6	86
Besoin en santé et question administrative, sociale ou juridique	18,8	17,9		23,0	4,2	9,3	26,5	18,3	13,9	16,0	46,1	6,1	29,8	8,0	23,5	7,8	86
Question administrative, sociale ou juridique uniquement	17,8	17,3		19,8	8,3	9,7	13,0	41,0	16,5	33,2	15,2	0,0	25,9	18,4	18,4	5,7	86
<b>Interprétariat lorsque besoin identifié (%)</b>																	
Interprète professionnel	38,9	36,1		31,6	37,1	52,0	36,6	18,7	32,4	11,6	63,1	17,4	37,6	65,5	38,4	27,1	54,2
<b>DÉMOGRAPHIE</b>																	
<b>Genre (%)</b>																	
Hommes	63,1	64,7	85,5	58,5	62,6	70,4	67,5	74,1	62,5	54,0	64,4	69,9	59,5	60,8	58,0	57,8	100
Femmes	36,9	35,3	14,5	41,5	37,3	29,5	32,4	25,8	37,5	45,7	35,6	30,1	40,3	39,2	42,0	42,2	100
Transgenre	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,3	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	100
<b>Age</b>																	
Moyenne	35,6	36,3	47,4	37,2	30,8	32,0	33,6	36,2	36,8	39,5	35,7	31,7	33,6	36,9	42,5	33,7	99,8
Médiane	34,1	34,7	44,7	36,2	29,0	30,7	31,8	33,9	35,3	38,4	34,0	31,5	32,3	35,7	40,4	32,0	99,8
Mineur-e (%)	9,3	9,8	2,7	8,4	15,7	19,3	14,1	4,2	8,2	6,3	5,4	19,3	10,7	5,1	4,0	13,4	99,8
<b>Nationalité (%)</b>																	
Ressortissant e-s étranger ère-s	97,9	94,5	57,9	98,4	98,9	98,1	98,2	97,2	93,5	98,4	99,4	89,7	96,5	99,8	99,1	97,4	100
<b>Groupe continental d'origine (%)</b>																	
Union européenne	6,4	10,5	63,2	12,2	2,8	7,1	3,5	7,3	9,7	8,4	1,6	12,7	4,8	5,6	2,6	5,3	100
Europe hors UE	7,9	8,8	1,3	16,6	8,4	5,4	3,1	8,7	14,1	19,7	1,5	10,9	1,2	1,2	21,3	9,4	100
Afrique Sub-saharienne	41,1	35,2	2,6	37,7	51,2	45,8	33,2	15,9	19,9	27,8	60,1	36,3	30,8	53,8	29,5	47,9	100
Maghreb	34,1	36,5	31,6	27,6	31,9	35,8	58,1	62,2	49,9	32,3	16,9	18,0	58,7	23,0	41,8	23,1	100
Proche et Moyen Orient	4,2	4,1	0,0	2,3	4,0	2,5	1,1	2,2	4,1	1,3	9,1	15,3	2,5	4,7	2,6	5,6	100

	Ensemble file active (a)	Moyenne des Caso (b)	Ajaccio	Bordeaux	Grenoble	Lyon	Marseille	Montpellier	Nancy	Nice	Paris	Pau	Rouen	Saint Denis	Strasbourg	Toulouse	Taux de réponse
Asie	4,7	3,5	1,3	2,4	1,3	2,4	0,6	1,9	0,6	7,4	8,2	5,6	0,3	10,2	1,8	5,5	100
Océanie et Amériques	1,7	1,5	0,0	1,3	0,5	1,1	0,5	1,9	1,8	3,2	2,6	1,2	1,7	1,5	0,4	3,2	100
<b>MIGRATION</b>																	
<b>Durée de séjour en France des étrangers (%)</b>																	
0 à 90 jours inclus	33,4	30,8	0,0	25,3	37,3	41,6	38,2	25,5	29,6	20,6	37,7	16,3	44,6	31,2	38,4	44,6	95,1
3 à moins de 6 mois	14,5	13,4	0,0	10,2	20,7	18,9	14,1	13,0	9,7	10,9	15,9	18,7	14,3	15,7	12,1	13,2	95,1
6 à moins de 12 mois	10,6	10,0	5,0	9,0	10,5	12,0	10,8	10,3	7,5	10,8	12,2	15,8	10,2	11,8	6,2	8,5	95,1
12 mois à moins de 2 ans	11,8	12,9	25,0	12,9	8,7	8,9	9,5	13,4	12,6	14,1	11,7	17,7	10,8	13,1	11,7	10,0	95,1
2 ans et plus	29,8	32,9	70,0	42,6	22,8	18,5	27,5	37,8	40,6	43,6	22,6	31,6	20,1	28,2	31,6	23,8	95,1
<b>Situation administrative au regard du séjour (b), (c), (d) (%)</b>																	
Situation irrégulière	62,1	58,4		55,5	56,6	56,0	72,5	73,3	64,1	64,6	61,1	23,7	63,6	84,7	55,7	27,4	76,1
<b>Demandeur d'asile (b), (e) (%)</b>																	
Dépôt ou tentative de dépôt	32,5	34,8		44,2	48,8	33,9	15,5	22,2	25,5	28,2	36,7	67,0	20,2	11,6	34,7	63,7	77,6
<b>ENVIRONNEMENT ÉCONOMIQUE</b>																	
<b>Activité rémunérée en France chez les plus de 16 ans (b) (%)</b>																	
Activité rémunérée	19,2	16,8		13,7	13,2	10,3	23,5	21,6	16,6	38,8	18,0	2,5	15,3	27,7	8,5	8,7	78,4
<b>ENVIRONNEMENT PHYSIQUE</b>																	
<b>Situation d'habitat (b) (%)</b>																	
Logement personnel	7,4	9,2		6,5	5,9	4,1	11,0	8,1	23,0	9,6	4,4	17,5	17,1	3,8	2,9	5,4	81,7
Hébergement chez famille ou amis	54,2	52,2		46,8	42,9	38,4	61,2	55,6	55,6	67,1	66,4	23,7	62,0	71,3	59,8	27,5	81,7
Hébergement institutionnel ou militant	12,3	15,2		16,3	13,0	11,8	6,3	12,1	10,4	6,9	5,7	47,4	7,9	2,5	17,2	39,6	81,7
Squat ou bidonville	3,5	3,0		8,7	1,7	6,0	7,0	2,6	0,3	0,8	1,8	0,0	0,9	4,6	1,9	2,6	81,7
A la rue ou hébergement d'urgence	22,5	20,5		21,7	36,6	39,8	14,5	21,5	10,7	15,6	21,7	11,4	12,2	17,8	18,2	24,9	81,7
<b>Ressenti situation d'habitat (b) (%)</b>																	
Temporaire ou instable	68,0	67,9		65,1	78,9	82,9	55,2	73,4	55,9	49,6	69,9	79,3	46,8	61,7	76,5	87,2	77,9
<b>ENVIRONNEMENT SOCIAL</b>																	
<b>Parentalité chez les plus de 18 ans (b) (%)</b>																	
Parent d'enfant(s) mineur-e (s)	30,2	30,9		30,4	37,9	29,2	28,2	19,6	25,2	28,2	30,5	37,5	32,5	31,8	36,6	33,5	82

	Ensemble file active (a)	Moyenne des Caso (b)	Ajaccio	Bordeaux	Grenoble	Lyon	Marseille	Montpellier	Nancy	Nice	Paris	Pau	Rouen	Saint Denis	Strasbourg	Toulouse	Taux de réponse
<b>Parentalité chez les plus de 18 ans (b) (%)</b>																	
Parent d'enfant(s) mineur-e (s)	30,2	30,9		30,4	37,9	29,2	28,2	19,6	25,2	28,2	30,5	37,5	32,5	31,8	36,6	33,5	82
<b>Situation familiale chez les plus de 18 ans (b) (%)</b>																	
Vit seul avec enfant(s) mineur-e (s)	4,6	5,1		5,1	5,7	4,3	3,3	3,1	2,3	6,8	2,9	9,1	7,0	3,6	5,5	8,3	79,8
Vit seul sans enfant mineur-e	71,4	68,9		69,2	69,4	72,1	66,8	76,7	66,9	66,6	80,6	62,5	63,4	75,8	61,3	64,4	79,8
Vit en couple avec enfant(s) mineur-e (s)	9,9	11,0		11,7	12,9	9,2	15,9	7,2	13,2	10,6	3,8	11,4	14,7	7,5	12,1	12,5	79,8
Vit en couple sans enfant mineur-e	14,1	15,0		14,0	12,0	14,3	14,0	13,0	17,7	16,0	12,6	17,0	15,0	13,1	21,1	14,8	79,8
<b>COMPORTEMENTS INDIVIDUELS ET EXPÉRIENCES</b>																	
<b>Renoncement aux soins (b) (%)</b>																	
Renoncement au cours des 12 derniers mois	14,4	14,0		10,8	10,8	5,1	7,9	10,9	27,7	27,3	15,0	6,4	17,4	21,8	13,7	6,6	51,5
<b>Dépistage VIH, VHB, VHC (f) (%)</b>																	
Antécédent de dépistage VIH	29,3	36,7		22,0	10,5	66,7	34,4	33,3	25,9	20,1	23,7	47,6		56,5	0,0	100,0	10,2
Antécédent de dépistage VHB	28,2	37,6		22,6	10,5	65,2	28,1	40,0	30,6	19,5	21,9	42,9		45,0	25,0	100,0	10,4
Antécédent de dépistage VHC	25,6	35,7		20,2	10,5	68,2	28,1	33,3	27,7	19,9	14,8	42,9		38,0	25,0	100,0	10,1
<b>Contraception (g) (%)</b>																	
Utilisation contraception chez femmes de 15 à 49 ans concernées	12,7	16,5		11,4	8,1	9,6	17,7	15,6	15,6	11,5	8,2	23,1	52,2	6,1	18,5	16,7	34,4
<b>Antécédent de dépistage du cancer du col de l'utérus chez femmes (h) (%)</b>																	
Frottis ou dépistage HPV	19,3	20,0		12,9	15,4	10,0	21,2	0,0	32,0	25,2	15,3	33,3	29,4	12,5	19,0	33,3	24,7
Pas de frottis ou dépistage HPV	59,6	62,3		79,6	73,1	54,0	57,5	76,9	66,0	38,2	61,0	26,7	58,8	75,0	76,2	66,7	24,7
Ne sait pas	21,2	17,7		7,5	11,5	36,0	21,2	23,1	2,0	36,6	23,7	40,0	11,8	12,5	4,8	0,0	24,7
<b>Antécédents de grossesse chez les femmes de 15 ans et plus (%)</b>																	
Antécédent de grossesse	70,7	76,4	100,0	70,9	75,0	71,9	54,5	69,2	68,1	61,2	72,8	81,8	100,0	77,3	66,7	100,0	14,7
<b>ACCÈS AU SYSTÈME DE SANTÉ</b>																	
<b>Éligibilité couverture maladie (b) (%)</b>																	
PUMA ou AME	62,3	64,1		68,4	59,0	58,5	64,1	75,8	61,2	69,1	56,7	75,5	71,0	61,1	64,7	48,3	72,7
PUMA	19,6	22,3		25,4	24,7	25,5	11,3	14,4	25,4	20,0	20,8	57,3	21,4	6,0	15,9	22,3	72,7
AME	42,7	41,8		43,0	34,3	33,0	52,8	61,4	35,8	49,1	35,9	18,2	49,5	55,1	48,8	26,0	72,7
<b>Droits effectifs couverture maladies (b) (%)</b>																	

	Ensemble file active (a)	Moyenne des Caso (b)	Ajaccio	Bordeaux	Grenoble	Lyon	Marseille	Montpellier	Nancy	Nice	Paris	Pau	Rouen	Saint Denis	Strasbourg	Toulouse	Taux de réponse
PUMA ou AME	13,4	16,2		25,9	9,1	14,2	10,0	19,5	21,4	12,8	10,6	34,2	18,6	3,3	18,4	12,2	68,1
PUMA	8,4	10,7		16,7	4,8	9,9	3,3	7,1	14,6	10,1	7,5	31,5	12,5	1,0	11,6	8,2	68,1
AME	5,1	5,5		9,2	4,3	4,3	6,7	12,5	6,8	2,7	3,1	2,7	6,0	2,2	6,8	4,1	68,1
<b>Droits ouverts chez personnes éligibles (b) (%)</b>																	
PUMA ou AME	21,1	24,5		40,4	15,3	23,9	15,1	25,4	35,1	18,4	18,0	43,9	25,9	5,3	27,3	24,0	91,9
PUMA	40,6	42,2		64,0	18,6	38,8	28,1	40,3	50,0	47,5	35,0	53,2	58,8	14,3	65,5	35,0	12,8
AME	11,4	13,1		23,0	12,3	12,5	12,0	20,9	17,7	4,9	8,2	15,0	11,4	3,9	13,1	15,1	28,8
<b>Domiciliation (b) (%)</b>																	
Adresse personnelle ou chez famille ou amis	39,5	41,7		41,5	26,7	21,7	49,4	26,6	60,8	68,2	35,5	43,5	58,3	43,5	40,7	26,2	78
Domiciliation administrative	33,0	33,6		38,8	43,5	43,9	21,4	31,5	18,2	18,7	35,6	45,4	14,8	20,1	45,8	59,3	78
Aucune adresse postale	27,5	24,6		19,7	29,7	34,5	29,2	41,9	21,0	13,1	28,9	11,1	26,9	36,4	13,6	14,5	78
<b>Principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins (b) (%)</b>																	
Aucun obstacle	32,0	33,5		43,6	43,9	19,9	27,9	60,5	7,9	2,2	35,9	24,5	67,1	46,6	50,0	5,3	60,1
Méconnaissance des droits et des structures	29,3	26,0		28,8	18,5	29,1	30,3	12,7	34,9	44,1	35,9	4,7	17,1	34,6	18,6	28,4	60,1
Difficultés administratives	27,0	26,3		30,3	19,3	29,7	30,8	14,9	31,7	34,6	29,9	20,8	21,4	25,2	28,6	25,2	60,1
Barrière linguistique	23,5	23,5		18,1	7,4	24,8	25,8	28,1	33,1	42,3	20,5	26,4	11,4	16,7	27,1	23,9	60,1
Aucun droit possible	19,7	18,0		9,1	19,5	30,9	32,9	5,5	18,0	27,5	13,4	11,3	2,9	9,3	8,6	45,0	60,1
<b>ÉTAT DE SANTÉ LORS DES CONSULTATIONS DE MÉDECINE GÉNÉRALE</b>																	
<b>Principaux chapitres de la CISP-2 concernés par les pathologies (i) (%)</b>																	
Digestif	22,2	16,5	10,0	14,9	24,6	16,4	12,1	19,2	17,7	12,6	16,4	15,5	25,0	14,9	17,3	14,3	82,8
Ostéoarticulaire	19,3	15,1	26,7	15,5	10,6	14,3	17,1	13,2	16,2	15,9	13,1	10,6	12,5	15,9	17,1	13,1	82,8
Respiratoire	19,3	14,7	10,0	18,1	14,2	15,2	14,7	13,6	15,7	15,1	9,3	23,2	17,5	14,0	8,9	15,7	82,8
Peau	12,8	10,3	13,3	7,6	10,9	12,5	10,2	9,4	10,0	9,7	8,3	15,1	12,5	7,7	7,1	10,1	82,8
Cardiovasculaire	9,7	7,1	13,3	8,3	5,3	6,0	6,1	5,8	5,5	9,2	6,1	4,6	3,8	11,2	7,9	5,9	82,8
Psychologique	7,9	5,9	10,0	5,0	7,3	5,0	6,3	3,3	6,5	4,3	7,5	5,6	2,5	3,3	4,8	10,5	82,8
<b>Diagnostics définis comme chroniques par les médecins au cours de l'année (%)</b>																	
Patients avec un diagnostic ou plus défini comme chronique	56,8	57,9	78,9	48,3	55,0	50,1	61,0	56,0	55,2	57,2	71,2	34,5	54,0	60,3	70,3	58,3	44,2
<b>Diagnostics avec retard de recours aux soins d'après les médecins (%)</b>																	
Patients avec un diagnostic ou plus avec retard de recours aux soins	33,9	29,1	5,3	9,4	34,0	33,6	34,1	36,0	29,7	41,3	45,0	2,5	17,2	70,1	15,8	33,6	45,8

	Ensemble file active (a)	Moyenne des Caso (b)	Ajaccio	Bordeaux	Grenoble	Lyon	Marseille	Montpellier	Nancy	Nice	Paris	Pau	Rouen	Saint Denis	Strasbourg	Toulouse	Taux de réponse
<b>Urgence de la prise en charge d'après les médecins</b>																	
<b>Consultations nécessitant une prise en charge urgente ou assez urgente</b>	38,8	37,6	9,5	21,3	48,1	46,7	27,5	40,0	36,7	17,7	51,5	46,4	35,4	70,4	30,5	44,5	48.6

(a) Durée entre la date de dernière entrée en France et la date de première consultation ou entretien en 2024.

(b) Situation lors de l'entretien d'accueil pour les personnes dont la première visite a eu lieu en 2024.

(c) Parmi les personnes étrangères majeures.

(d) Sans titre de séjour ou sans autorisation de séjour en France ; titre de séjour dans un autre pays européen et depuis plus de 3 mois en France.

(e) Parmi les personnes étrangères hors Union européenne.

(f) Situation lors de la première consultation de médecine générale pour les personnes dont la première consultation a eu lieu en 2024.

(g) Patientes âgées de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'une consultation de médecine générale ou d'un entretien DSSR en 2024. Les patientes enceintes ou considérées comme non concernées au cours d'une consultation du fait par exemple d'un désir de grossesse ou de l'absence de menstruations ont été exclues de l'analyse.

(h) Patientes âgées de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'une consultation de médecine générale ou d'un entretien DSSR en 2024

(i) En nombre et pourcentage de patients ayant présenté à au moins une reprise en 2024 un diagnostic associé au chapitre Le chapitre de la CISP-2 « général et non spécifié » regroupe les symptômes, plaintes, diagnostics et motifs de consultation qui ne sont pas spécifiques à un appareil anatomique. Cette catégorie inclut, entre autres, les symptômes généraux, tels que la fatigue ou les douleurs généralisées ainsi que les infections générales (tel que tuberculose ou rougeole).

## CE RAPPORT A ÉTÉ RÉALISÉ PAR

Le cabinet de conseil en santé public SIGIA, ainsi que la Direction des opérations France, la Direction Santé Plaidoyer de Médecins du Monde.

## COORDINATION

**Valérie Brunel**, référente Rapport de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins, Direction Santé Plaidoyer ; **Anne Tomasino**, référente gestion des données médico-sociales, Direction des opérations France MDM.

## ANALYSE DES DONNÉES

**José Guerra**, Médecin de santé publique, SIGIA ; **Myrtille Prouté**, Médecin de santé publique, SIGIA.

## AUTEURES

**Édito** : **Dr Jean-François Corty**, Président de Médecins du Monde

**Les projets de médecins du Monde** : **Valérie Brunel**, référente Rapport de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins, Direction Santé Plaidoyer MDM ; **Marie Laluque**, responsable de pôle opérationnel, Direction des opérations France ; **Cristina Thévenot**, responsable de pôle opérationnel, Direction des opérations France ;

**Baromètre** : **José Guerra**, Cabinet Sigia ; **Valérie Brunel**, référente Rapport de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins, Direction Santé Plaidoyer MDM ; **Myrtille Prouté**, Cabinet SIGIA ; **Anne Tomasino**, référente gestion des données médico-sociales, Direction des opérations France MDM ; **Agnès Gillino**, coordinatrice générale Nice, Direction des opérations France MDM ; **Marion Mottier**, référente santé, Direction des opérations France MDM ; **Nadège Drouot**, coordinatrice régionale Lorraine, Direction des opérations France MDM ; **Stéphanie Nguengang-Wakap**, responsable de pôle Recherche et Apprentissage, Direction Santé Plaidoyer MDM ; **Aurore Camier**, référente épidémiologie, Direction Santé Plaidoyer MDM.

**Focus** : **Matthias Thibeaud**, référent droits santé, Direction Santé Plaidoyer MDM ; **Ambre Argney**, appui droits santé, Direction Santé Plaidoyer MDM ; **Christian Bensimon**, Membre du conseil d'administration MDM ; **Bertrand Brequeville**, Membre du conseil d'administration MDM ; **Juan-Diego Poveda**, référent sciences sociales, Direction santé plaidoyer MDM.

## REMERCIEMENTS

**Tout d'abord à toutes les personnes accueillies dans les projets de MDM** qui ont accepté de répondre aux questions et de décrire leur situation et leur parcours de vie. Nous remercions également **tou-ttes les acteur-rices bénévoles et salarié-es** des projets MDM en France qui participent aux recueils de données, témoignages et analyses ainsi que les équipes de la Direction des opérations France et de la Direction Santé Plaidoyer sans lesquels ce rapport n'existerait pas.

### Pour leurs contributions :

**Cécile Gaboret**, cheffe de projet informatique, Direction achats logistique et informatique.

### Pour leur contribution à l'écriture du focus :

Colette Amato, Sabine Babe, Guillaume Bellon, Camille Boittiaux, Alice Cabanne, Lisa Cann, Marthe Chabrol, Nadège Drouot, Claire Dugleux, Fanny El Bouri, Clément Etienne, Clémentine Etienne, Nora Fallet, Delphine Fanget, Hiba Gomri, Laura Grégoire, Camille Guédon, Orane Lamas, Pauline Le Liard, Olympie Micheletto, Bernard Moriau, Clotilde Neveux, Cécilia Nguyen, Florence Pinon, Bogdan Pintea, Christian Reboul, Jermain Roqueplan, Samy Slimani, Claude Vié.

### Pour leur relecture des baromètre ou focus :

Irène Aboudaram, Guillaume Bellon, Christian Bensimon, Bertrand Bréqueville, Valérie Brunel, Camille Boittiaux, Aurore Camier, Agnès Gillino, Delphine Fanget, Maiwenn Henriquet, Marie Laluque, Orane Lamas, Boris Medegan, Marie Missioux, Stéphanie Nguengang Wakap, Rachel Pamart, Christian Reboul, Sandrine Simon, Cristina Thévenot, Matthias Thibeaud.

### Pour la coordination graphique :

Tula Moraes, Thomas Flamerion

# MÉDECINS DU MONDE

Direction des opérations France et Direction Santé Plaidoyer –  
Observatoire de l'accès aux droits et aux soins  
84, avenue du Président-Wilson 93210 La Plaine-Saint-Denis  
Tél : 01 44 92 15 15  
PoleRechercheApprentissages@medecinsdumonde.net  
www.medecinsdumonde.org



**Conception graphique :**

Claire Béjat  
www.clairebejat.fr

**Photo :**

Christophe Da Silva

**Avec le soutien de la Direction générale de la santé (DGS) et de la  
Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement  
(Dihal)**

EN COLLABORATION AVEC  | Sigia

ISSN : 1776-2510 - Dépôt légal : octobre 2025  
ISBN : 978-2-918362-95-1 Pdf

