

**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^{ÈME} 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^{ème} 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^{ème} siècle, réellement universelle, solidaire et accessible à toutes et tous.

Dr Jean-François Corty
Président de Médecins du
Monde



MÉDECINS DU MONDE COMPTE 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)

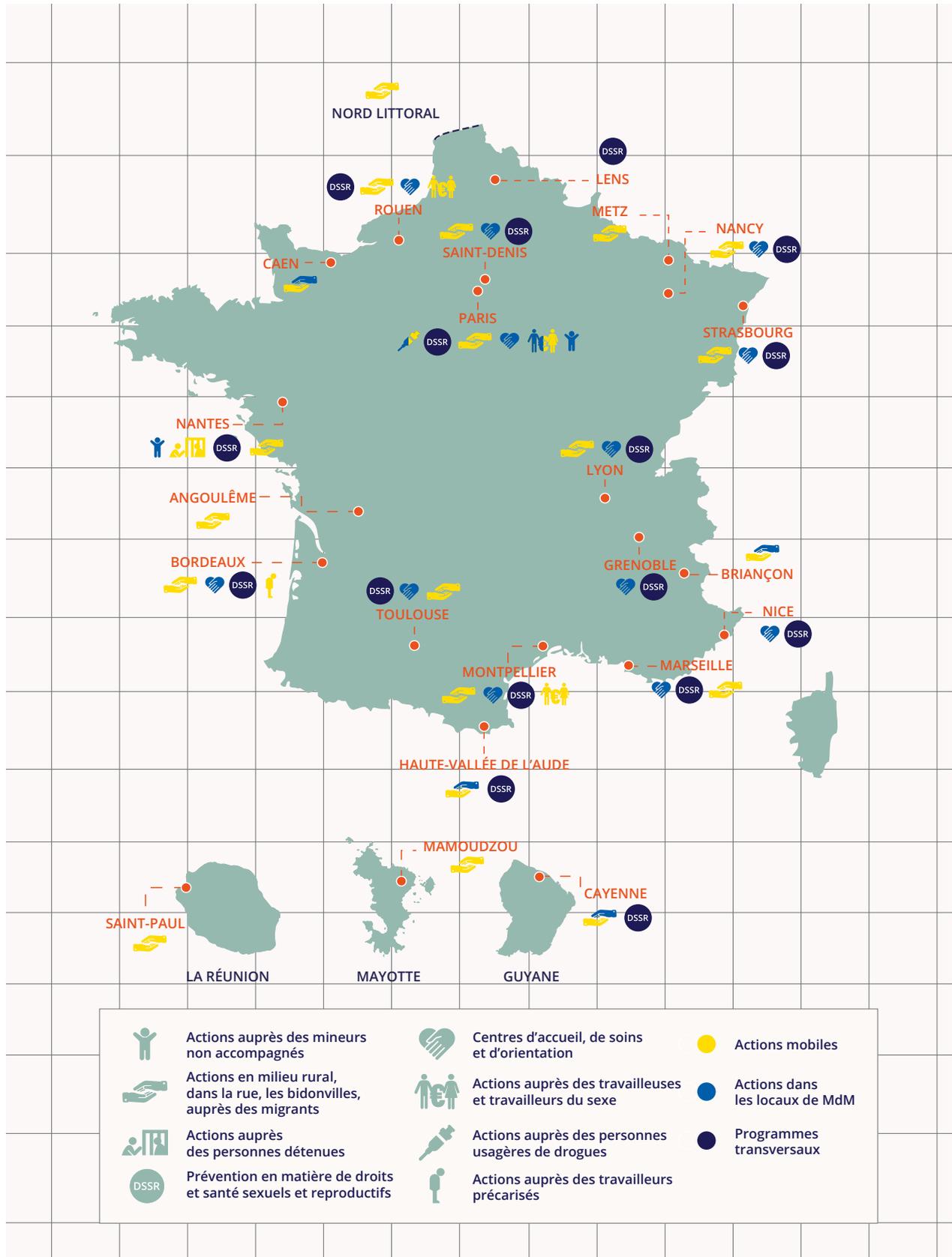
1

PROJET DSSR

5

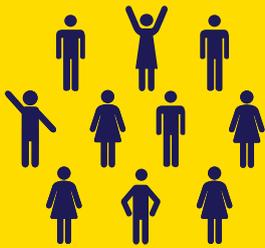
PROJETS DE RÉDUCTION DES RISQUES (RDR) LIÉS À L'USAGE DE DROGUES ET/OU AU TRAVAIL DU SEXE (TDS)

CARTE DES PROJETS EN FRANCE EN 2024



INFOGRAPHIE 2025¹

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

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

¹ 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

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 %)



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

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 démunies 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)¹ 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

¹ 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 accompagné.es (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 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 A 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.

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·rice·s politiques, institutionnels et acteur·rice·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^{ème} 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 les 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'aulne 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^e 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.rice.s dédié.e.s trop souvent insuffisant.e.s. À 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 agent-e-s 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-se-s usager-ère-s, 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-ère-s 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-ère-s, 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 agent-e-s 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-e-s 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-ère-s
 - 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 Caso : 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·e·s non accompagn·e·s, 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·e·s

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.

RECOMMANDATIONS

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^e 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'élèvent 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.

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 : 2425-0945 – dépôt légal : octobre 2025
ISBN : 978-2-918362-97-5 - Pdf