SYNTHÈSE 2026

SERVICES PUBLICS : UN PROJET DE SOCIÉTÉ

PASS ET PMI CONTRE LES INÉGALITÉS DE SANTÉ



OBSERVATOIRE DE L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS

DANS LES PROJETS
DE MÉDECINS DU MONDE EN FRANCE

POUR DES SERVICES PUBLICS DE SANTÉ

Depuis 26 ans, nous documentons les obstacles à l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Cette année, le rapport de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins paraît dans un contexte particulièrement préoccupant et incertain.

De nombreux indicateurs montrent **une augmentation très importante de la pauvreté**, des **inégalités** de santé et territoriales, avec des indicateurs de santé qui se dégradent. La mortalité infantile connaît une hausse importante, passant de 3,5 ‰ en 2011 à 4,1 ‰ en 2024, avec des risques de mortalité néonatale nettement accrus dans les territoires et pour les familles les plus précarisées. Les écarts d'espérance de vie entre les personnes plus aisées et les plus modestes augmentent. Entre 2012 et 2024, l'espérance de vie des 25 % les plus modestes diminue, tandis que celle des personnes plus aisées progresse[1].

Par ailleurs, l'examen des **projets de loi de finances et de financement** de la sécurité sociale a lieu au Parlement, dans un contexte démocratique très tendu avec l'échéance des élections présidentielles et législatives de 2027, et à l'heure où nous écrivons, il a été annoncé 54 milliards d'euros de coupes budgétaires globales. À titre d'exemple, extrêmement préoccupant, le budget des hôpitaux publics, pourtant essentiels, va être encore coupé, alors que leur déficit a déjà crû dramatiquement depuis 2019, et que les équipes sont déjà en grandes tensions. Ces nouvelles coupes annoncées dans les dépenses publiques et sociales font peser de lourdes inquiétudes sur la capacité de notre système de protection sociale à répondre aux besoins de la population. Et pourtant, les besoins sont grandissants et en pleine évolution, et c'est précisément dans ce contexte qu'il faudrait au contraire repenser les mécanismes collectifs de solidarité pour les consolider, les renforcer, les adapter.

Nous avons choisi cette année de mettre en lumière **deux services publics essentiels** : les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et les services de Protection maternelle et infantile (PMI). À des moments différents de la vie et auprès de publics différents, ces dispositifs jouent un rôle irremplaçable dans l'accès aux soins, la prévention, l'accompagnement et la réduction des inégalités de santé. Ils constituent souvent l'une des dernières portes d'entrée vers le système de santé pour des personnes qui cumulent précarité, difficultés administratives, absence de logement stable ou exclusion des dispositifs de droit commun.

Ce rapport montre combien, comme tant d'autres structures, ces services sont fragilisés. Nous souhaitons réaffirmer ici notre **soutien à ces professionnel·les** et à l'ensemble des acteur·rices de terrain qui se battent pour continuer à faire vivre les principes du service public dans des conditions de plus en plus difficiles. Dans ce contexte sous haute tension, MdM réaffirme son attachement à l'importance des principes qui doivent sous-tendre le soin : l'égalité de traitement, la justice sociale, l'accueil inconditionnel et la non-discrimination. Au-delà des enjeux pour les publics les plus précarisés, les enseignements de ce rapport nous interrogent sur le projet de société que nous souhaitons construire. Face aux incertitudes et aux nouveaux enjeux économiques, sociaux, environnementaux, épidémiologiques, démographiques, géopolitiques de notre époque, le choix de services publics solides, accessibles à toutes et tous, financés collectivement et gouvernés démocratiquement, constitue un choix de protection et de cohésion sociale. Les PASS et les PMI illustrent concrètement ce que peut produire un investissement public orienté vers les besoins essentiels de la population : prévenir plutôt que subir, accompagner plutôt qu'exclure, protéger plutôt que trier, avec comme objectifs la justice sociale et la santé publique.

Ce rapport montre également l'importance d'une synergie indispensable entre différentes structures, institutionnelles et associatives au plus proche des réalités territoriales. Or, ces structures, qu'elles soient institutionnelles, de service public et/ou associatives sont aujourd'hui fortement fragilisées par la baisse généralisée des financements et par les conditions pour les obtenir. À cela s'ajoutent pour les associations une remise en cause de leur légitimité à porter un plaidoyer critique et une volonté d'invisibiliser leur rôle de contre-pouvoir exercé par la société civile.

Sandrine Simon
Directrice Générale
de Médecins du Monde



1 Insee Première : *De 2012-2016 à 2020-2024, l'écart d'espérance de vie entre les personnes modestes et aisées s'est accru*, N°2085, 15 déc. 2025

PANORAMA DES PROJETS DE MÉDECINS DU MONDE EN FRANCE EN 2025

Afin de répondre aux besoins des populations en situation de grande précarité, la stratégie d'intervention de Médecins du Monde s'édifie sur trois piliers :

- Des projets d'accueil inconditionnel dans les centres fixes et des démarches d'aller-vers ;
- Des plaidoyers fondés sur les constats, données et témoignages des différents projets ;
- Des alliances avec des partenaires de la santé associatifs et institutionnels.

En 2025, Médecins du Monde France a mené 42 projets en France hexagonale et outre-mer et 1 programme transversal en Droits Santé Sexuelle et Reproductive.

19 PROJETS POUR LE RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ (DSS) : 12 CENTRES FIXES ; 7 AUTRES PROJETS FIXES ET MOBILES

Conséquences de multiples choix politiques fragilisant l'accès aux droits et aux soins des personnes vivant en France, les équipes continuent de rencontrer des populations en situation toujours plus précaire et éloignées de la prévention et du soin.

Déployés depuis 1986 avec l'intention de ne pas se substituer au droit commun, les centres fixes[1] 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-psycho-social est inclusif, dans une logique d'empowerment et d'autonomisation des personnes. Tous ces Centres fixes proposent un accueil inconditionnel du public : soit les personnes sont reçues par les équipes pluridisciplinaires, soit elles sont réorientées vers une autre structure du droit commun. La prise en charge santé proposée est holistique (bio-psycho-sociale) et est centrée sur la demande de la personne. En 2025, les 12 Centres fixes sont Bordeaux, Grenoble, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Nice, Paris, Rouen, Saint-Denis, Strasbourg, Toulouse.

Deux des Centres fixes (Marseille et Rouen) sont complétés par des activités mobiles. Outre ces 12 Centres fixes, MdM met en œuvre sept autres projets visant à renforcer le système de santé, dans trois territoires d'Outre-Mer (Mayotte, Cayenne, La Réunion), et en hexagone (Strasbourg, Lens-Hénin, Nantes, Haute Vallée de l'Aude).

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

La situation administrative des personnes est un déterminant structurel de santé. Ainsi, dans la majorité de ses projets en France hexagonale et Outre-mer, les équipes reçoivent et vont à la rencontre de personnes en situation de migration. Des projets « d'aller vers » permettent d'atteindre les 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 (veille sanitaire et permanence psychosociale), à Caen (médiation en santé à destination des jeunes exilé·es), à Angoulême (médiation en santé auprès des personnes adultes en situation administrative précaire et des mineur·es non accompagné·es), et sur le littoral des Hauts-de-France à Dunkerque (unité mobile).

1 Les pratiques et périmètres des projets nommés Centres d'accueil de soins et d'orientation (Caso) et le Centre d'accueil d'orientation et d'accompagnement (Caoa) ont évolué (voir *Rapport de l'Observatoire 2025*). Afin de pouvoir englober sous un seul terme ces 12 projets qu'ils soient encore Caso/Caoa ou ayant une appellation projet différente, à présent nous les nommons « Centres fixes ».

Au cours de l'année 2025, le projet « Lieu-Ressources en Santé Mentale et Soutien Psychosocial », destiné aux personnes exilées, a transféré ses activités à l'association Arpade qui est un acteur majeur du médico-social sur le territoire toulousain.

Parce que non accompagné·es les mineur·es sont souvent démuni·es, perdu·es, abîmé·es par leurs parcours migratoires et les conditions dans lesquelles ils et elles sont (non) accueillies et survivent en France. Les défaillances structurelles du dispositif de protection de l'enfance ont des conséquences graves sur leur santé physique et mentale : absence de protection, remise en cause de leur minorité et de leur identité, conditions de vie très précaires à la rue, en squats ou en campement, expulsions et harcèlement policier, non-accès à une couverture maladie, etc. À travers un projet à Nantes dédié aux Mineur·es non accompagné·es exclu·es des dispositifs de protection de l'enfance, Médecins du Monde offre à ces jeunes une écoute, des ateliers collectifs de promotion de la santé et de renforcement des compétences psychosociales, de l'orientation et de l'accompagnement dans l'accès aux droits et aux soins dans une démarche de médiation en santé. L'accompagnement à la domiciliation et aux biens essentiels a fait l'objet d'un transfert auprès de structures tierces en 2025. En 2026, un passage de relai des activités de santé sera également effectué auprès d'une autre structure du territoire. À Paris, le projet destiné aux mineur·es non accompagné·es, vise à contribuer à améliorer et développer l'écosystème de soins de santé mentale et somatique. Le projet s'appuie sur une démarche de médiation en santé, en favorisant une offre globale en santé via des interventions en lieux fixes ou dans une démarche d'aller-vers.

9 PROJETS INTERVENANT SPÉCIFIQUEMENT SUR LES ENJEUX DE SANTÉ ENVIRONNEMENT (SE)

Respectivement déterminant intermédiaire et structurel de santé, les conditions d'habitat et de travail précarisent les personnes, génèrent ou aggravent les problèmes de santé. Cette grande précarité 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 indignes, à l'instar du travail saisonnier viticole ou de la livraison pour des plateformes numériques.

À travers des équipes mobiles, Médecins du Monde poursuit ses actions en squats, en bidonvilles, dans des structures d'hébergement et accueils de jour, mais aussi en rue à Lyon, Toulouse, Paris, Montpellier, Saint Denis, Marseille et Metz.

Les projets proposent :

- Une veille sanitaire, des consultations médicales, un soutien psychosocial et une médiation en santé ;
- Des accompagnements dans les démarches administratives, l'ouverture des droits et l'accès au système de santé ;
- Des ateliers d'information et de sensibilisation permettant aux personnes concernées de mieux comprendre et prendre en charge leur propre santé ;
- L'accompagnement des acteur·rices médicaux·les et sociaux·les 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 travailleur·ses précarisé·es de la livraison de plateformes numériques et des travailleur·es saisonnier·es viticoles

- 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 visible les dégradations des conditions de travail dans les situations de précarité.

L'étude observationnelle auprès des coursiers des plateformes numériques (*Sante-course | INED, 2025*)[2] à Bordeaux et Paris a été portée par l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD). Elle a été menée en collaboration avec des collectifs de coursiers (AMAL et CIEL), des chercheur·ses (IRD, INED, CEPED, dial, LEDa) et des opérationnel·les de 3 associations (Médecins du Monde, la Maison des livreurs de Bordeaux et Maison des Coursiers de Paris). Elle a permis d'évaluer l'exposition aux risques professionnels des livreurs de plateformes numériques et comprendre les effets de ces risques

2 https://sante-course.site.ined.fr/fr

sur leur santé physique, mentale et bien-être. Les collectifs et associations ont pu déterminer des axes de plaidoyer.

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). Il comprend notamment un volet recherche et propose, en amont de la détention, un dispositif d'alternative à l'incarcération pour les personnes à la rue présentant des troubles psychiatriques sévères. L'objectif de ce projet est de lutter contre le parcours « prison – rue – hébergement – hôpital ».

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 du 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, 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.

Depuis 2025, Médecins du Monde agit pour renforcer l'accès et garantir le droit à l'avortement dans ses programmes. Un soutien à notre partenaire du Planning Familial Pays de La Loire est accordé sur l'année, permettant à l'association de poursuivre ses accompagnements de proximité. La délégation de Montpellier a démarré un diagnostic pour évaluer la fonctionnalité de l'accès aux services.

Une série de formations de facilitateurs et facilitatrices d'atelier de réflexion sur les valeurs en lien avec l'avortement est aussi déclinée pour les salarié·es et bénévoles de l'association, afin de la préparer à être en position de défendre le droit à l'avortement face à la montée des conservatismes et au droit à disposer de son corps.

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 soutenantes et complémentaires.

En 2022, MdM a mis en place un programme visant à réduire les risques de morbi-mortalité des personnes précarisées usagères de drogues à Paris. En 2025, le programme a pu constater que les femmes, peu mobiles, isolées et vivant de nombreuses violences multiformes, rencontrent des difficultés à accéder aux soins même auprès des dispositifs spécialisés. Ainsi, les équipes ont décidé de revoir la stratégie d'intervention en renforçant la réponse en santé à l'attention des femmes usagères de drogues tout en plaidant pour la mise à disposition d'espaces de consommation mobile auprès des usagères.

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 Ile de France.

Le projet Rosela dans l'Hérault, accompagne depuis 2003 les travailleurs et travailleuses du sexe à travers une approche de réduction des risques centrée sur la santé globale et l'accès aux droits. En 2025, le projet a renforcé son action en combinant présence de terrain et interventions numériques, avec 52 tournées physiques, dont une partie de nuit, et des actions de maraudes virtuelles sur des sites internet. Cette stratégie permet d'atteindre des publics variés, souvent éloignés des dispositifs classiques de soins.

Créé en 2004, le Lotus Bus, programme emblématique de MdM, a travaillé pendant plus de vingt ans à promouvoir l'accès aux soins et aux droits des travailleuses du sexe chinoises. En 2025, le transfert du programme s'est concrétisé : les activités et les partenariats ont été repris par les Roses d'Acier, une association engagée pour l'accès aux droits et aux soins des travailleuses du sexe chinoises.

MÉDECINS DU MONDE COMPTE EN 2025



42 PROJETS MENÉS PAR 1 365 BÉNÉVOLES ET 163 SALARIÉ·ES SUR 23 SITES EN FRANCE HEXAGONALE ET OUTRE-MER.

---

19 PROJETS DE RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ (DSS) DONT :

12 CENTRES FIXES

7 PROJETS FIXES ET MOBILES

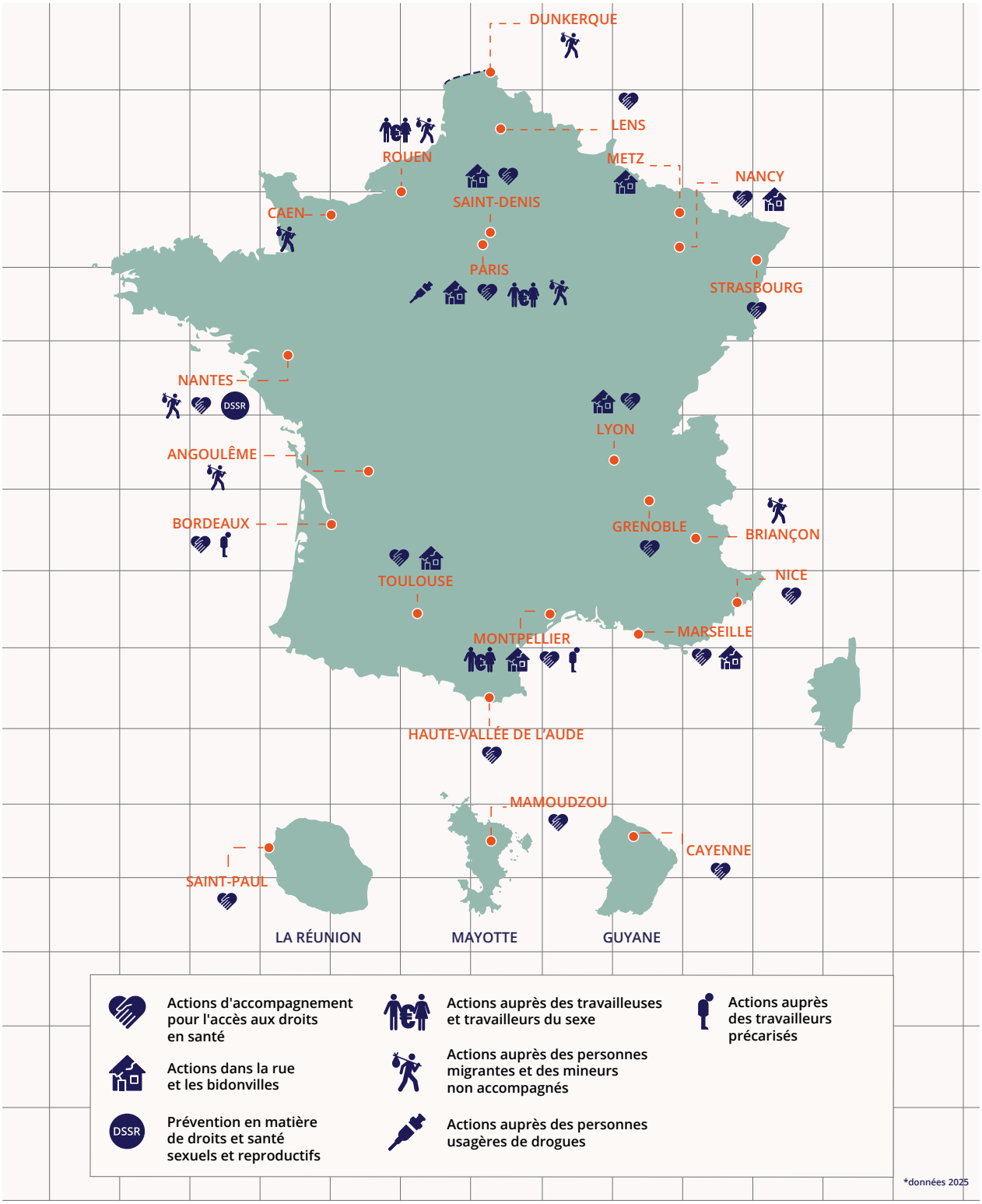
8 PROJETS SUR LES ENJEUX DE MIGRATION, EXIL, DROITS ET SANTÉ (MEDS)

9 PROJETS SUR LES ENJEUX DE SANTÉ ET ENVIRONNEMENT (SE)

1 PROGRAMME TRANSVERSAL DE PRÉVENTION EN DROITS SANTÉ SEXUELS ET REPRODUCTIFS (DSSR) ET UN 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 2025



Observatoire de l'accès aux droits et aux soins 2026

Services publics de santé : un choix de société

Regards croisés entre personnes concernées, équipes MdM et professionnel·les de PASS et de PMI

MÉDECINS DU MONDE

Novembre 2026

ACCÈS AUX SOINS : DES DIFFICULTÉS CROISSANTES

- Malgré l'universalité théorique de l'accès aux soins, les personnes en situation de précarité se heurtent à de nombreux obstacles : administratifs, financiers et sociaux.
- Les PASS hospitalières et les PMI constituent des dispositifs essentiels de réduction des inégalités de santé, mais tout comme de nombreux services publics, leurs capacités d'action apparaissent fragilisées par l'augmentation des besoins, tout en étant soumises à des contraintes de ressources financières et humaines.

MÉTHODOLOGIE

Une étude mixte (quantitative et qualitative) menée en 2025-2026

Au niveau des personnes concernées et du renoncement aux soins :
- 206 personnes concernées par le renoncement aux soins
- 12 entretiens semi-directifs
- et 770 diagnostics médicaux (MdM) analysés

Au niveau des structures PASS et PMI et de leur accessibilité :
- 38 PASS documentées par 17 équipes MdM
- 6 entretiens auprès de professionnel·les de PASS
- 5 entretiens auprès de professionnel·les de PMI

Retard de recours aux soins selon les diagnostics médicaux par MdM :
46 % des patient·es concerné·es
58 % des patient·es avec au moins une pathologie chronique

« Je n'y suis allé que vers la fin, quand c'était complètement incontrôlable »

COÛT DES SOINS ET PRIORISATION DES BESOINS

Le coût des soins et la crainte des frais (37 % et 24 %) participent au renoncement aux soins. Le logement, l'alimentation, la sécurité et les autres besoins vitaux deviennent prioritaires.
« Je vais prendre sur moi »

ACCÈS AUX DROITS LIMITÉS

Les personnes expriment des difficultés d'accès aux droits et à une couverture maladie.
« J'ai laissé tomber [...] C'est galère avec la sécurité sociale »

ACCESSIBILITÉ ET PRISE EN CHARGE INADAPTÉES

Les offres de soins sont difficilement accessibles, voire inadaptées pour les personnes.
Des expériences négatives dans les parcours de soins participent au renoncement aux soins.
« Personne ne nous l'a expliqué [...] »

PASS

Selon les équipes MdM :
- **16 % des PASS décrites ne disposent pas de l'équipe socle complète ;**
- **45 % des PASS décrites fonctionnent uniquement sur RDV pour les consultations médicales avec jusqu'à 1 à 2 mois d'attente dans un quart des cas.**

PMI

- **Des besoins sociaux et sanitaires complexes.**
- **Faute de ressources suffisantes, les équipes concentrent davantage leurs actions sur les situations les plus complexes.**

« On est que trois. Il faudrait au moins une équipe de plus pour couvrir tous les besoins. »

RECOMMANDATIONS

AGIR SUR LES DÉTERMINANTS INDISPENSABLES À L'ACCÈS AUX SOINS

- **Simplifier l'accès et renforcer les droits et protections maladie**
- **Garantir un hébergement stable et digne, condition essentielle à la santé et à la continuité des parcours de soins**

PRÉSERVER ET RENFORCER LES DISPOSITIFS PUBLICS DE SANTÉ POUR LES PUBLICS PRÉCAIRES

- **Renforcer et refinancer les PASS hospitalières**
- **Refinancer durablement les PMI afin qu'elles puissent assurer pleinement leur mission de prévention**

ADAPTER LE SYSTÈME DE SANTÉ AUX BESOINS DES PERSONNES LES PLUS ÉLOIGNÉES DU SOIN

- **Développer l'interprétariat professionnel**
- **Lutter contre les discriminations dans les parcours de soins**
- **Soutenir l'offre de soins de premier recours, la coordination des parcours et l'accès à la santé sexuelle**

RÉSUMÉ

Les disparités de santé ne résultent pas d'un facteur isolé mais de l'accumulation et de l'interaction de multiples déterminants sociaux, économiques, environnementaux et institutionnels. Les conditions de vie, les ressources matérielles, le niveau de sécurité économique, les expériences de discrimination, l'environnement social ainsi que l'accès effectif aux droits et aux soins influencent profondément l'état de santé des individus. Pour les personnes en situation de précarité, ces difficultés se renforcent mutuellement : l'absence de logement stable, l'insécurité administrative ou financière, l'isolement social et les obstacles d'accès aux soins contribuent à fragiliser durablement la santé physique comme la santé mentale. Cette accumulation de désavantages constitue un puissant mécanisme de production et d'aggravation des inégalités sociales de santé, qui demeure un défi majeur pour les politiques publiques.

Depuis plus de vingt-cinq ans, l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins des projets de Médecins du Monde en France documente les réalités vécues par les populations les plus éloignées du système de santé. Son rapport annuel poursuit un triple objectif :

- Mieux connaître les situations de précarité et de recours aux droits et aux soins, souvent insuffisamment visibles dans les données publiques ;
- Nourrir le débat public et interpeller les décideur·ses politiques, les institutions et les acteurs de santé ;
- Formuler des recommandations fondées sur l'expérience de terrain afin de favoriser un accès effectif aux droits et aux soins.

Le rapport 2026 s'articule autour de deux volets complémentaires.

La **première partie** présente les principaux enseignements du **baromètre** de l'Observatoire à partir des données recueillies auprès des personnes reçues dans 12 Centres fixes en 2025. Elle analyse leur situation au regard des principaux déterminants de santé, qu'ils soient structurels ou liés aux conditions de vie.

La **seconde partie** du rapport, le **focus**, est consacrée à l'accès effectif aux soins des personnes en grande précarité, à travers l'étude de l'accès à deux services publics spécifiques, les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) hospitalières et les services de Protection maternelle et infantile (PMI). Dans les chapitres 1 et 2, le focus documente le renoncement aux soins des personnes en grande précarité, ainsi que la fréquence des maladies chroniques et des retards de recours aux soins. Dans le chapitre 3, il documente les modalités d'accès à ces deux dispositifs en s'intéressant à la fois aux conditions d'accès observées par les équipes de MdM, et à la fois aux pratiques et points de vue des professionnel·les de ces structures. Enfin, dans les parties 4, 5 et 6, il aborde les réponses et facteurs facilitants mobilisés par les acteur·rices, une discussion ainsi que les recommandations de MdM.

Les résultats présentés reposent sur sept enquêtes, avec des méthodes quantitatives et qualitatives, menées auprès de publics et d'acteur·rices différent·es. Ils permettent d'éclairer les situations observées et d'identifier des tendances, mais ne visent pas à produire des résultats représentatifs de l'ensemble des populations concernées[1].

BAROMÈTRE SANTÉ

En 2025, **13 556 personnes ont été accueillies dans les 12 centres fixes de Médecins du Monde en France hexagonale**. Parmi les personnes venues pour la première fois, **80,4 % ont sollicité MdM pour des besoins en santé**, qu'ils soient exclusifs ou associés à des besoins d'accompagnement social, administratif ou juridique. Les personnes reçues sont à 37,4 % des femmes et ont en moyenne 36 ans. Dans nos centres, ouverts à toutes et tous sans condition, la grande majorité des personnes accueillies sont de nationalité étrangère (98,5 %). Leurs situations sont contrastées lors de leur première visite : près d'un tiers est en France depuis moins de trois mois, tandis que plus d'un tiers y vit depuis plus de deux ans. Parmi les personnes étrangères majeures, près des deux tiers (65,8 %) sont en situation administrative irrégulière au regard du séjour. Parmi celles originaires de pays hors Union européenne, un tiers a déposé ou tenté de déposer une demande d'asile. Pour beaucoup, la procédure reste bloquée : en effet, parmi elles, plus d'une sur cinq est en attente d'un rendez-vous en préfecture et plus d'une sur dix relèvent d'une procédure Dublin III.

Les personnes rencontrées cumulent de multiples facteurs de précarité. Seul un quart des personnes âgées de 16 ans et plus exerce une activité rémunérée en France. **Deux tiers des personnes considèrent leur situation d'habitat comme temporaire ou instable**. Plus d'une personne sur cinq vit à la rue ou en hébergement d'urgence. Parmi les parents vivant avec leurs enfants mineur·es, près de la moitié des mères élèvent seules leurs enfants.

1 Pour plus de détails, voir l'annexe 4 méthodologie page 180 du rapport complet.

Chaque année, l'Observatoire constate la persistance des difficultés d'accès à la couverture maladie parmi les personnes reçues dans les centres fixes. En 2025, **85,1 % des personnes accueillies pour la première fois ne bénéficient d'aucune couverture maladie** lors de leur entretien d'accueil. Pourtant, près des deux tiers (64,0 %) sont éligibles à une couverture maladie. Parmi les personnes éligibles à une couverture maladie, **seules 20,3 % ont effectivement des droits ouverts**. Le non-recours demeure particulièrement marqué pour l'AME : 89,2 % des personnes éligibles n'ont pas de droits ouverts, contre 57,9 % des personnes éligibles à la PUMa.

Les indicateurs de prévention témoignent également d'un accès insuffisant aux soins et à la santé. Lors de leur première consultation médicale (n = 578), **71,5 % des personnes déclarent n'avoir jamais réalisé de dépistage du VIH**, 71,4 % pour l'hépatite B et 73,4 % pour l'hépatite C. **Parmi les femmes âgées de 25 à 65 ans, 79,0 % n'ont jamais réalisé de dépistage du cancer du col de l'utérus ou ne savent pas si elles en ont déjà bénéficié**. Parmi les **femmes enceintes** interrogées sur leur suivi de grossesse, **une sur deux présentait un retard de prise en charge**.

Ces conditions de vie et ces obstacles d'accès aux soins se répercutent sur l'état de santé des personnes accueillies. En 2025, **11 801 consultations de médecine générale ont été réalisées auprès de 8 155 patient·es**. Les pathologies les plus fréquemment diagnostiquées concernent les systèmes digestif (21,2 %), ostéoarticulaire (19,6 %), respiratoire (17,2 %) et dermatologique (12,9 %). Plus de la moitié des patient·es (59,2 %) ont été diagnostiqué·es pour au moins une pathologie chronique au cours de l'année. Les médecins ont par ailleurs estimé que **38,4 % des patient·es présentaient un retard de recours aux soins** pour au moins une pathologie, situation plus fréquente chez les personnes sans couverture maladie et chez celles vivant avec une maladie chronique.

FOCUS - LES SERVICES PUBLICS DE SANTÉ : UN CHOIX DE SOCIÉTÉ POUR LUTTER CONTRE LE RENONCEMENT AUX SOINS.

LA PERMANENCE D'ACCÈS AUX SOINS (PASS) HOSPITALIÈRE ET LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE (PMI) CONTRE LES INÉGALITÉS EN SANTÉ

Alors que les inégalités sociales de santé se creusent et que les besoins augmentent, l'accès effectif aux soins est un défi majeur pour de nombreuses personnes confrontées à la précarité économique, sociale, administrative ou résidentielle. Au-delà de l'existence théorique de droits ou d'une offre de soins, de nombreuses personnes continuent de se heurter à des obstacles qui retardent, compliquent ou empêchent leur accès aux consultations, aux examens, aux traitements et à la continuité des prises en charge.

Médecins du Monde a mené en 2025-2026 une étude composée de sept enquêtes auprès de ses équipes, auprès de professionnel·les de PASS, de PMI et auprès de personnes concernées par le renoncement aux soins. Les résultats ont mis en évidence une double dégradation préoccupante. D'une part, les retards et renoncements aux soins sont fréquents parmi les personnes les plus vulnérables reçues par MdM. D'autre part, les dispositifs publics qui contribuent à prévenir ces ruptures de parcours, en particulier les PASS hospitalières et les PMI, sont eux-mêmes de plus en plus fragilisés. Confrontés à la montée des besoins, au recul des droits, au fait qu'il soit de plus en plus complexe d'y accéder, et à l'insuffisance des moyens alloués, ces services voient leur capacité d'action progressivement réduite. Cette situation s'inscrit dans un contexte plus large de dégradation de certains services publics et de complexification croissante des démarches administratives. Les professionnel·les rencontré·es décrivent ainsi un report de charge grandissant vers les PASS, les PMI, les associations et les dispositifs de première ligne, désormais amenés à compenser des difficultés dont l'origine dépasse largement le seul champ sanitaire. Les constats récents du (*Défenseur des droits, 2026b*) mettent notamment en évidence une augmentation des difficultés rencontrées par les personnes dans leurs relations avec les services publics, en particulier dans le champ des démarches administratives et du droit des étranger·es.

Historiquement conçues pour réduire les inégalités de santé et garantir un accès aux soins aux personnes les plus éloignées du système de santé, les PASS et les PMI jouent aujourd'hui un rôle plus essentiel que jamais face à l'augmentation de ces inégalités. Pourtant, les professionnel·les interviewé·es décrivent des structures confrontées à des difficultés croissantes de recrutement,

à des ressources insuffisantes, à l'augmentation des délais d'accès, ainsi qu'à des situations administratives et sociales toujours plus complexes. Dans certains territoires, ces tensions conduisent à prioriser certaines prises en charge, à différer certains accompagnements ou à concentrer les moyens disponibles sur les situations les plus critiques.

Cette évolution n'est pas sans conséquence. Elle interroge la capacité collective des politiques publiques à garantir un accès effectif aux soins et à lutter contre les inégalités sociales de santé. Car lorsque les personnes les plus précaires renoncent aux soins et que les dispositifs chargés de prévenir ces renoncements sont eux-mêmes fragilisés, c'est l'ensemble de la promesse d'universalité de notre système de santé qui se trouve mise à l'épreuve.

Ce rapport propose ainsi d'éclairer les mécanismes qui produisent des retards et renoncements aux soins, d'analyser leurs conséquences sur la santé des personnes concernées, d'examiner les difficultés rencontrées par des professionnel·les de PASS et les PMI dans l'exercice de leurs missions, mais également d'identifier les leviers d'action susceptibles de renforcer l'accès effectif aux soins et de préserver des services publics de santé accessibles, accueillants et non discriminants.

LE RENONCEMENT AUX SOINS : UNE RÉALITÉ FRÉQUENTE QUI S'INSCRIT DANS LES PARCOURS DE PRÉCARITÉ

Le renoncement aux soins, défini comme le fait de ne pas consulter malgré un besoin de santé identifié, constitue un indicateur majeur des inégalités d'accès aux soins. L'Irdes distingue deux formes principales (*Desprès et al., 2011*) : le **renoncement-barrière**, lié à des obstacles financiers, administratifs ou organisationnels, et le **renoncement-refus**, davantage associé à une défiance envers les soins ou le système de santé. Le premier relève souvent d'un choix contraint, les personnes étant amenées à arbitrer entre leurs besoins en fonction de leurs ressources disponibles (*Poirot-Mazères, 2021*). Ces deux formes de renoncement ne s'excluent pas mais s'inscrivent souvent dans un continuum : la répétition des obstacles peut alimenter la défiance envers le système de santé, tandis que cette défiance peut à son tour renforcer l'éloignement des soins (*Desprès et al., 2011*). Les discriminations vécues dans les parcours de soins, liées notamment à la situation sociale, au genre, à l'origine réelle ou supposée ou à l'état de santé, constituent également des facteurs importants de renoncement.

En France, 4,4 % de la population déclarait en 2020 avoir renoncé à un examen ou à un traitement (*Lapinte, 2023*). Ce phénomène, plus fréquent chez les populations précaires et dans les territoires où l'offre de soins est insuffisante, résulte d'une combinaison de facteurs sociaux, territoriaux et institutionnels (*Blanco-Cazeaux, 2023 ; Chaupain-Guillot et al., 2014 ; IRDES, 2018*). Les personnes sans domicile et les personnes migrantes figurent parmi les publics les plus exposés (*Fabrique territoires santé, 2025 ; Médecins du Monde, 2022*). Les données quantitatives et qualitatives recueillies dans le cadre de ce rapport permettent d'analyser à la fois l'ampleur des situations de renoncement et la complexité des expériences vécues, des relations avec les professionnel·les et les structures de santé, ainsi que des stratégies d'adaptation mises en place par les personnes concernées. L'étude met en évidence l'importance du renoncement aux soins parmi les personnes rencontrées par les équipes MdM. Celui-ci ne constitue pas un phénomène marginal ou ponctuel mais s'inscrit souvent dans des trajectoires de vie marquées par la précarité économique, les difficultés administratives, l'instabilité résidentielle ou encore l'isolement social.

L'enquête quantitative réalisée en 2025 auprès de 206 personnes accueillies dans le cadre des activités de MdM montre que le renoncement aux soins concerne une part importante des personnes que nous accompagnons **: 41 % déclarent avoir déjà renoncé à des soins** et, parmi elles, une sur deux a connu plusieurs épisodes de renoncement. Les principales raisons invoquées sont le coût des soins (37 %), les difficultés d'accès à une couverture maladie ou à des documents administratifs (36 %), ainsi que la crainte d'avoir à supporter des frais (24 %). Ces résultats soulignent le poids des barrières financières et administratives dans l'accès effectif aux soins et montrent que, pour de nombreuses personnes en grande précarité, le renoncement constitue moins un choix qu'une conséquence des obstacles rencontrés dans leurs parcours de vie et de santé.

Par ailleurs, l'analyse du dossier patient informatisé de neuf projets (690 patient·es) de MdM montre que **près d'une personne sur deux (46,2 %) reçues par des médecins a un retard de recours aux soins**. Cette proportion atteint près de six personnes sur dix **(58,4 %) parmi celles vivant avec une pathologie chronique**, alors même que leurs besoins de soins sont particulièrement importants. Ces résultats suggèrent que les obstacles à l'accès aux soins s'inscrivent souvent dans la durée et contribuent à fragiliser davantage les personnes dont l'état de santé nécessite un suivi régulier.

LES CAUSES ET MOTIFS DU RENONCEMENT AUX SOINS

L'analyse de l'enquête qualitative réalisée en 2026[2] montre que le renoncement aux soins relève rarement d'un choix individuel. Il résulte le plus souvent d'une accumulation de contraintes financières, administratives, sociales et institutionnelles qui éloignent progressivement les personnes du système de santé.

L'absence de protection maladie, c'est-à-dire de prise en charge des frais de santé, les difficultés d'ouverture ou de maintien des droits et la crainte d'avoir à supporter des

2 Auprès de dix personnes concernées et de deux intervenant·es de santé.

dépenses médicales apparaissent comme des déterminants majeurs. Les personnes décrivent des démarches longues, complexes et parfois décourageantes, susceptibles de retarder ou d'empêcher l'accès aux soins, y compris lorsque leur état de santé nécessite une prise en charge rapide. Comme le résume une personne interrogée : *« J'ai laissé tomber [...] c'est galère avec la sécurité sociale, les documents qu'ils demandent et tout ça. »*

Les entretiens montrent également que les **conditions de vie précaires imposent une hiérarchisation des besoins** dans laquelle la santé passe souvent après le logement, l'alimentation, la sécurité ou la prise en charge de proches. Les personnes les plus précaires sont ainsi conduites à arbitrer en permanence entre leurs besoins de santé et les impératifs du quotidien, ce qui favorise les reports de soins et les ruptures de parcours.

Les difficultés rencontrées ne relèvent toutefois pas uniquement de la situation des personnes. Les entretiens soulignent aussi une **inadéquation entre l'organisation de l'offre de soins et les réalités vécues par les publics les plus vulnérables**. Multiplication des rendez-vous, délais d'attente, absence d'interprétariat ou parcours administratifs complexes constituent autant d'obstacles susceptibles de décourager le recours aux soins.

La **méconnaissance du système de santé français** constitue un autre facteur de renoncement, notamment pour les personnes récemment arrivées en France.

Les récits mettent également en évidence l'impact des **expériences de soins vécues**. Refus de prise en charge, manque d'écoute ou expériences perçues comme discriminatoires peuvent fragiliser durablement la confiance dans les institutions de santé. Une femme raconte ainsi : *« Pendant un an, je suis restée avec les douleurs. »*

Enfin, le renoncement est souvent renforcé par **une minimisation des symptômes ou de leur gravité**, dans un contexte où les contraintes du quotidien prennent le dessus sur les préoccupations de santé. Certaines personnes déclarent ainsi préférer attendre ou supporter la douleur aussi longtemps que possible : *« Je vais prendre sur moi. »* D'autres ne consultent qu'une fois la situation devenue critique : *« Je n'y suis allé que vers la fin, quand c'était complètement incontrôlable. »*

Au final, ces résultats montrent que les retards et renoncements aux soins procèdent moins d'un défaut de recours individuel que d'obstacles structurels persistants. Cette analyse rejoint les travaux de (*Levesque et al., 2013*) qui soulignent que l'accès aux soins résulte de l'interaction entre les caractéristiques des personnes et celles du système de santé. Ces résultats interrogent directement la capacité des politiques publiques à garantir un accès effectif aux soins et soulignent l'importance de renforcer l'accès aux droits, d'adapter l'organisation des soins aux réalités des publics les plus précaires et de restaurer la confiance envers les institutions de santé.

PRATIQUES PALLIATIVES FACE AU RENONCEMENT AUX SOINS

Les entretiens montrent que, lorsque l'accès aux soins est retardé, compromis ou impossible, les personnes développent différentes stratégies pour soulager la douleur et les symptômes à partir des ressources immédiatement disponibles. Ces pratiques témoignent d'une capacité d'agir face à des besoins de santé non couverts. Elles peuvent être rapprochées, dans une certaine mesure, des démarches d'autosoin décrites par l'Organisation mondiale de la Santé (*Organisation mondiale de la Santé, 2026*), définies comme les actions entreprises par les individus pour préserver leur santé ou faire face à des problèmes de santé.

Lorsque l'accès aux soins est retardé, compromis ou impossible, des personnes développent différentes **stratégies pour soulager la douleur et les symptômes à partir des ressources immédiatement disponibles**. Ces pratiques apparaissent moins comme de véritables alternatives aux soins que comme **des réponses contraintes à des besoins de santé non couverts**.

La stratégie la plus fréquemment évoquée est le **recours autonome aux médicaments**. Les personnes utilisent des traitements obtenus auprès de proches, d'autres structures, de maraudes ou achetés directement en pharmacie lorsqu'elles en ont les moyens. L'objectif est avant tout de rendre la douleur supportable et de poursuivre les activités du quotidien. Comme l'explique une personne *: « Je cherchais de la codéine comme un fou. Chacun a sa petite trousse de pharmacie. »*

Certaines personnes mobilisent également des **savoirs et remèdes traditionnels**, notamment pour traiter la fièvre, la douleur ou certains symptômes courants. Ces pratiques, héritées de l'environnement familial ou du pays d'origine, constituent une ressource accessible lorsque les soins ne sont pas disponibles ou lorsque la relation avec les structures de santé est interrompue. Une personne explique ainsi avoir recours à des « petites choses à la maison » à base de sel, d'oignons ou de tisanes après une expérience négative dans une structure de soins.

Ces différentes stratégies témoignent de certaines stratégies de réponse des personnes confrontées au renoncement aux soins, mais elles révèlent surtout les limites d'un accès aux soins insuffisant. Elles permettent généralement de soulager temporairement les symptômes sans traiter les causes des problèmes de santé et peuvent parfois exposer les personnes à de nouveaux risques. **Les résultats soulignent ainsi que ces pratiques doivent être comprises comme des réponses à des obstacles persistants d'accès aux soins plutôt que comme des choix délibérés de substitution au système de santé.**

PASS HOSPITALIÈRES

Créées par la loi de lutte contre les exclusions de 1998, les PASS hospitalières constituent un dispositif de référence pour l'accès aux soins des personnes les plus éloignées du système de santé. Elles ont pour mission de garantir un accès aux soins à l'hôpital sans avance de frais pour les personnes démunies, d'accompagner l'ouverture des droits et de favoriser l'orientation vers les dispositifs de droit commun. En 2023, la France comptait 451 PASS hospitalières, incluant des PASS spécialisées en santé mentale, en soins dentaires ou en gynécologie (*Rehbinder et al., 2025*).

Conçues comme un dispositif de réduction des inégalités de santé, les PASS occupent aujourd'hui une place essentielle dans l'accès aux soins des personnes confrontées à la précarité sociale, administrative ou résidentielle. Elles sont cependant de plus en plus sollicitées dans un contexte marqué par la hausse des besoins et la complexification de l'accès aux droits.

LES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX PASS HOSPITALIÈRES VUES PAR LES ÉQUIPES DE MÉDECINS DU MONDE

Interrogées à la fin de l'année 2025 via un questionnaire, les équipes de MdM perçoivent les PASS hospitalières avec lesquelles elles sont en lien comme essentielles à l'accès aux soins des personnes les plus précaires, mais marquées par de fortes disparités de fonctionnement et des tensions croissantes. Ainsi, parmi les 38 PASS décrites par les équipes MdM, 16 % ne disposent pas de l'équipe socle prévue par le cahier des charges national (*DGOS, 2022*) et 45 % fonctionnent selon les informations rapportées par les équipes, uniquement sur rendez-vous pour les consultations médicales, avec des délais pouvant atteindre un à deux mois dans un quart des cas.

Selon la perception des équipes de MdM, l'accès aux soins apparaît également inégal selon la situation administrative des personnes. Plus de la moitié des PASS décrites appliquent des conditions d'accès observées par les équipes de terrain, et les personnes sans protection maladie rencontrent davantage de difficultés pour accéder aux consultations spécialisées, aux examens complémentaires ou à certains traitements. Dans près d'un tiers des PASS décrites, cet **accès est jugé rare pour les personnes non éligibles à une protection maladie**. Les résultats mettent également en évidence des **difficultés d'orientation et de continuité des parcours**. Selon les équipes MdM, près de la moitié des PASS décrites réorientent certaines personnes vers MdM, souvent en raison de situations administratives complexes ou de critères de priorisation mis en place localement.

Enfin, si les équipes décrivent majoritairement des structures accueillantes et engagées, elles signalent aussi un accès insuffisant à l'interprétariat professionnel, des articulations parfois fragiles avec les autres services hospitaliers et des situations de discrimination[3]. Pour 26 % des PASS décrites, il est jugé probable que les personnes fassent l'expérience de propos ou comportements discriminatoires, et des refus de soins jugés discriminatoires[4] sont rapportés dans 16 % des cas.

Dans l'ensemble, ces constats montrent que selon les équipes de MdM ayant répondu au questionnaire, les PASS demeurent un levier essentiel de réduction des inégalités de santé, mais qu'elles sont de plus en plus confrontées à des contraintes de ressources et à une augmentation des besoins susceptibles de limiter leur capacité à garantir un accès effectif aux soins pour toutes et tous.

LES PASS VUES PAR DES PROFESSIONNEL·LES : DES DISPOSITIFS ESSENTIELS CONFRONTÉS À DES CONTRAINTES CROISSANTES

L'analyse d'entretiens semi-directifs réalisés en 2026 auprès de professionnel·les de six PASS[5] montre que ces dispositifs jouent un rôle central dans l'accès aux soins des personnes les plus éloignées du système de santé, mais qu'ils sont confrontés à des tensions croissantes qui limitent leur capacité à répondre aux besoins. **Malgré un fort engagement des professionnel·les interrogé·es, les moyens humains, financiers et matériels apparaissent souvent insuffisants face à l'augmentation des demandes et à la complexité des situations rencontrées**. Les résultats mettent en évidence un décalage croissant entre les missions confiées aux PASS et les ressources effectivement disponibles pour les exercer.

Les professionnel·les rencontré·es décrivent des organisations très diverses mais partagent un même constat : la gestion des files d'attente et la priorisation des situations sont devenues une part importante de leur activité. L'enjeu n'est pas seulement d'accueillir les personnes, mais de parvenir à les orienter « au bon moment, au bon endroit » afin de limiter les ruptures de soins malgré des capacités souvent saturées. Plusieurs professionnel·les interrogé·es expliquent être contraint·es de réorganiser leur activité autour des situations les plus critiques, de hiérarchiser les demandes ou de différer certaines prises en charge faute de solutions disponibles. Ces arbitrages deviennent progressivement une composante ordinaire du travail alors même que les besoins continuent d'augmenter. Cette situation rejoint les analyses de (*Gasquet-Blanchard & Moine, 2021*), qui décrivent un

3 Il s'agit de situations perçues par les équipes MdM comme relevant d'une discrimination telle que définie par la loi (art. 225-1 à 225- 26 du code pénal).
4 De même, selon la définition légale. Voir le rapport du Défenseur des droits sur les discriminations en santé (*Défenseur des droits, 2025 ; 2026a*).
5 Voir l'annexe 3 pour la méthode d'analyse des entretiens p. 180 du rapport complet.

« travail empêché » lorsque l'écart entre les besoins observés et les ressources disponibles contraint les professionnel·les à prioriser certaines prises en charge ou à différer certaines réponses. Elle rejoint également les travaux sur le tri en médecine (*Gelly, 2023 ; Lachenal et al., 2014*) qui portent sur le passage de logiques médicales du triage médical à d'autres logiques de tri en médecine (sociales, économiques…) dans des systèmes de plus en plus sous contrainte.

Les entretiens soulignent également le rôle essentiel des PASS dans la continuité des parcours, en particulier après un passage aux urgences. Pour de nombreuses personnes sans protection maladie, l'accès aux soins dépend de la capacité des équipes à articuler urgences, consultations hospitalières, accès aux droits et orientation vers les structures de ville. Les professionnel·les mettent particulièrement en avant l'importance des postes de médiation en santé et de coordination de parcours pour éviter les ruptures de prise en charge.

Les entretiens montrent qu'au-delà du soin, les équipes sont confrontées à une **complexification croissante de l'accès aux droits. Les démarches administratives sont décrites comme de plus en plus longues et difficiles, tant pour les personnes que pour les professionnel·les. Cette évolution contribue directement à la saturation des dispositifs** : les personnes restent plus longtemps suivies en PASS et y reviennent fréquemment lors des ruptures de droits. Comme le résume un·e professionnel·le : *« il y a une pleine complexification administrative actuellement, [avec] des pertes de droits aussi, qui sont très radicales, qu'il n'y avait pas auparavant. »* Ou comme le souligne un·e autre professionnel·le : *« Les personnes reviennent parce que, toutes seules, elles n'y arrivent plus, c'est trop complexe. »*

Les professionnel·les des PASS interrogé·es mettent également en évidence des **inégalités d'accès aux soins spécialisés au sein de l'hôpital, d'une part, et d'autre part aux soins dentaires et à la santé mentale.** Les contraintes budgétaires, la saturation des services et l'insuffisance de l'offre disponible conduisent parfois à différer certains examens, traitements ou orientations. Les personnes sans protection maladie sont particulièrement exposées à ces difficultés, ce qui peut aboutir à des prises en charge différenciées selon leur statut administratif ou leurs possibilités de financement.

L'instabilité résidentielle subie par les personnes apparaît comme un autre obstacle majeur. Les équipes interrogées décrivent également des situations de plus en plus complexes associant absence d'hébergement, mobilité contrainte imposée par les réalités de l'hébergement d'urgence et du système de demande d'asile, vie à la rue, ruptures répétées de droits, parcours migratoires difficiles, difficultés administratives et besoins croissants en santé mentale. Cette accumulation de vulnérabilités nécessite des accompagnements plus longs et plus intensifs qu'auparavant. L'errance administrative et géographique fragilise la continuité des soins, complique les orientations vers la médecine de ville et allonge les durées de suivi. Les professionnel·les rencontré·es soulignent que la stabilité résidentielle constitue souvent une condition préalable à la construction d'un parcours de soins durable. Cette dégradation est également perçue par les équipes comme la conséquence d'un affaiblissement plus général des ressources disponibles, à l'hôpital public comme de façon plus générale. Comme le résume un·e professionnel·le : *« Personne n'est dupe : il y a de moins en moins de sous pour de moins en moins de choses. »*

En effet, les entretiens révèlent la forte tension dans laquelle travaillent les équipes, mettant à mal des professionnel·les. Le manque de moyens, les difficultés de recrutement, l'augmentation des besoins et la dégradation plus générale des ressources hospitalières pèsent sur les conditions d'exercice. Pourtant, malgré l'usure, les professionnel·les interviewé·es expriment un fort attachement à leurs missions et déploient de nombreuses stratégies d'adaptation pour maintenir l'accès aux soins.

Dans l'ensemble, ces résultats montrent que les PASS hospitalières, si elles constituent un rempart essentiel contre les renoncements aux soins, se retrouvent également en première ligne face aux conséquences de la précarisation des publics, de la complexification de l'accès aux droits et de l'affaiblissement de certaines composantes du système de santé. Cette situation conduit progressivement, selon les territoires, les équipes à arbitrer, prioriser et adapter les prises en charge, posant la question de la capacité des politiques publiques à garantir un accès effectif aux soins pour les personnes les plus vulnérables.

LES PMI : UN SERVICE PUBLIC DE PRÉVENTION ESSENTIEL MAIS FRAGILISÉ

Créées en 1945, les PMI (Protection maternelle et infantile) constituent un service public gratuit et universel destiné aux femmes enceintes, aux enfants de moins de six ans et à leurs familles. Fondées sur une approche préventive, pluridisciplinaire et de proximité, elles ont joué un rôle majeur dans l'amélioration de la santé maternelle et infantile en France (*Dutton, 2024 ; Peyron et al., 2019*).

Aujourd'hui encore, les PMI demeurent un acteur central de la prévention, de la santé périnatale, de la santé sexuelle et du soutien à la parentalité. Pourtant, alors même que les besoins augmentent et que plusieurs indicateurs de santé périnatale se dégradent, le dispositif connaît un affaiblissement progressif de ses moyens (*Deneux-Tharaux & Saucedo, 2024 ; INSEE, 2025*). Les effectifs médicaux ont fortement diminué ces dernières années : entre 2010 et 2022, les PMI ont perdu 38 % de leurs médecins et 20 % de leurs psychologues (*Alonso et al., 2025*). Les rapports successifs alertent également sur la réduction du nombre de centres, la baisse de certaines activités de prévention et l'existence d'importantes inégalités territoriales (*Amrous, 2022 ; Peyron et al., 2019*).

La situation des PMI illustre ainsi un paradoxe majeur : alors qu'elles constituent un levier essentiel de réduction des inégalités de santé et de prévention précoce, leurs capacités d'action s'érodent progressivement. Dans un contexte de hausse des vulnérabilités sociales et sanitaires, leur renforcement apparaît pourtant comme un enjeu majeur de santé publique.

LES PMI VUES PAR DES PROFESSIONNEL·LES : UN SERVICE PUBLIC ESSENTIEL SOUS TENSION

Lors des entretiens menés par MdM en 2026 auprès de professionnel·les de cinq PMI, celles-ci sont décrites comme un service public jouant un rôle central de **prévention précoce, de repérage des vulnérabilités et d'accompagnement dans la durée** auprès des femmes, des enfants et des familles. Grâce à leur approche pluridisciplinaire, aux visites à domicile, aux actions collectives et aux démarches d'aller-vers, les PMI interviennent souvent au plus près des lieux de vie et constituent un point d'entrée privilégié dans le système de santé pour des publics confrontés à de multiples difficultés.

Les entretiens montrent cependant que les **situations de précarité administrative et résidentielle** occupent une place croissante dans l'activité des équipes. Instabilité du logement, ruptures de droits, mobilité contrainte des familles ou absence d'hébergement durable compliquent les suivis et fragilisent la continuité des soins. Les professionnel·les interviewé·es soulignent que ces difficultés ont également des conséquences directes sur le développement des enfants et sur les possibilités d'accompagnement des familles. Toutes et tous alertent également sur l'ampleur des **besoins en santé mentale**, tant pour les parents que pour les enfants, alors que les structures spécialisées sont très souvent saturées ou très difficilement accessibles. Les délais d'accès aux centres médico-psychologiques (CMP), aux dispositifs spécialisés ou aux prises en charge psychologiques apparaissent comme un obstacle majeur, en particulier pour les familles les plus précaires.

Enfin, les entretiens mettent en évidence une **tension croissante entre la mission universelle des PMI, l'augmentation des situations d'ultra-précarité et l'insuffisance des moyens disponibles**. Les difficultés de recrutement, en particulier médicales, ainsi que le manque de ressources conduisent certaines équipes à concentrer leur action sur les situations les plus complexes. Comme le résume un·e professionnel·le : *« Même si on est universel, on accueille quasiment que les familles qui ne peuvent pas trouver ailleurs ce qu'elles viennent chercher en PMI. »* Derrière cette évolution apparaît un enjeu majeur de santé publique : alors que les PMI ont été conçues comme un dispositif universel, le manque de ressources conduit progressivement certaines équipes à concentrer leur action sur les situations les plus vulnérables, alors même qu'elles ont pour vocation d'assurer une mission de prévention auprès de l'ensemble de la population, à laquelle elles sont foncièrement attachées : *« On se coupe de toute une partie de la population, mais malheureusement on est obligé de faire des choix. »* Le manque de moyens est évoqué de façon récurrente : *« On n'est que trois. Il faudrait au moins une équipe de plus pour couvrir tous les besoins. »*

Ainsi, les PMI apparaissent comme un levier majeur de prévention et de réduction des inégalités de santé. Mais les professionnel·les décrivent un risque croissant de recentrage sur les situations les plus urgentes, les plus complexes, faute de ressources suffisantes, au moment même où les besoins sociaux et sanitaires augmentent.

FACTEURS FACILITANTS DU RECOURS AUX SOINS

L'ensemble des résultats des questionnaires et entretiens réalisés par MdM dans le cadre de ce focus en 2025-2026 permet d'identifier plusieurs facteurs facilitant le recours aux soins parmi les situations étudiées. L'accès effectif aux soins ne dépend pas uniquement de l'existence d'une offre de santé ou de l'ouverture de droits. Il repose également sur la capacité des acteur·rices à adapter leurs pratiques aux réalités vécues par les personnes, à construire une relation de confiance et à assurer un accompagnement dans la durée. L'un des principaux leviers identifiés est **l'adaptation des dispositifs aux contraintes concrètes des personnes**. La proximité géographique des structures, les démarches d'« aller-vers », les équipes mobiles, la possibilité de regrouper plusieurs démarches ou consultations sur une même journée et la présence d'équipes médico-psycho-sociales pluridisciplinaires facilitent l'entrée dans les soins et limitent les ruptures de parcours. Les professionnel·les soulignent l'importance d'organiser les prises en charge au plus près des lieux de vie et des capacités réelles des personnes à se déplacer ou à revenir plusieurs fois.

Les résultats montrent également que **l'accompagnement**, y compris physique, **et la coordination sont aussi déterminants que l'offre de soins elle-même**. Les échanges entre associations, PASS, PMI, hôpitaux et professionnel·les de ville permettent de débloquer des situations complexes, de réduire les délais d'accès aux soins et de mieux sécuriser les parcours. Dans certains territoires, cette coopération permet de coordonner plusieurs interventions sur une même journée afin d'éviter des reports de soins ou des hospitalisations inutiles.

Le rôle de la **médiation en santé** apparaît central tout au long des entretiens. Les professionnel·les interviewé·es décrivent les médiateur·rices comme des acteur·rices essentiel·les du lien entre les personnes et le système de santé, particulièrement pour les personnes cumulant précarité, barrières linguistiques et difficultés administratives. Comme le souligne un·e professionnel·le de PASS : *« La médiation en santé aujourd'hui, pour les patient·es qui cumulent les vulnérabilités, c'est essentiel. »* Les résultats confirment ainsi les enseignements du référentiel de la HAS, selon lesquels la

médiation facilite l'accès aux soins, améliore la compréhension mutuelle et contribue à prévenir le renoncement aux soins. Ils suggèrent également que cette démarche mériterait d'être davantage développée au regard des besoins observés. La **relation de confiance** apparaît comme une autre condition essentielle du recours aux soins. Les personnes interrogées associent cette confiance au respect, à l'écoute, à la bienveillance et à la prise en compte de leur dignité. Plusieurs témoignages montrent que la qualité de la relation humaine peut favoriser l'engagement dans les soins, y compris après des expériences négatives antérieures : *« Je trouve que la relation avec le patient est très importante parce qu'il arrive avec ses douleurs et qu'il a besoin qu'on prenne soin de lui. »* *« Je ne sais pas, c'est la considération. (...) une personne qui s'intéresse à nous. »*

Enfin, les entretiens soulignent que **la continuité des soins repose sur un travail collectif** associant personnes concernées, professionnel·les de santé, travailleur·ses sociaux·les, médiateur·rices, associations et institutions. Face à des situations marquées par la précarité sociale, résidentielle ou administrative, aucun·e acteur·rice ne peut répondre seul·e à l'ensemble des besoins. L'accompagnement associatif apparaît notamment comme un facteur majeur de maintien dans les parcours de soins. Comme l'exprime une personne concernée : *« Écoutez, si vous ne m'aidez pas, je suis perdu·e. »* Dans l'ensemble, les résultats montrent que la lutte contre le renoncement aux soins ne relève pas uniquement d'un enjeu d'offre de soins ou d'ouverture des droits. Elle repose aussi sur la capacité du système de santé à proposer des accompagnements adaptés, à développer la médiation en santé, à construire des relations de confiance et à soutenir les coopérations entre les différent·es acteur·rices intervenant auprès des personnes les plus vulnérables.

CONCLUSION

Les renoncements aux soins ne peuvent être analysés uniquement à travers les comportements individuels ou la situation des personnes concernées. Ils constituent également le symptôme de fragilités croissantes du système de santé et plus largement des services publics. Alors que les PASS et les PMI jouent un rôle essentiel dans la réduction des inégalités sociales de santé, elles sont confrontées à un écart grandissant entre les besoins observés et les moyens dont elles disposent. Les professionnel·les interviewé·es décrivent une multiplication des arbitrages, des difficultés à garantir la continuité des parcours et un risque de recentrage sur les situations jugées les plus urgentes. La question posée par ce rapport n'est donc pas seulement celle de l'accès aux soins des personnes les plus précaires, mais aussi celle de la capacité collective à renforcer les capacités des structures et des professionnel·les à avoir des pratiques de priorisation non discriminatoires dans des systèmes de plus en plus contraints, ainsi qu'à préserver des services publics de santé capables de garantir effectivement l'universalité du droit à la santé.

Face à ces constats, plusieurs priorités apparaissent essentielles. Pour garantir un accès effectif aux soins, il est indispensable de :

- **Simplifier l'accès aux droits et renforcer les protections maladie des personnes en situation de précarité ;**
- **Garantir un hébergement stable et digne, condition essentielle à la santé et à la continuité des parcours de soins ;**
- **Sanctuariser et renforcer les PASS hospitalières, maillon indispensable de l'accès aux soins des personnes les plus éloignées du système de santé, au sein d'un hôpital public renforcé ;**
- **Sauver et refinancer durablement les services de PMI afin qu'ils puissent remplir leur mission universelle de prévention en matière de santé périnatale et de santé de l'enfant.**

Ces priorités doivent s'accompagner de mesures permettant d'améliorer concrètement l'accès aux soins :

- **Développer l'interprétariat professionnel en santé ;**
- **Lutter activement contre les discriminations dans les parcours de soins ;**
- **Adapter l'offre de santé sexuelle et de contraception aux besoins des publics les plus éloignés du système de santé ;**
- **Soutenir l'offre de soins de premier recours et les dispositifs de coordination, notamment les structures d'exercice coordonné participatives (SECPA).**

Au-delà des seules politiques de santé, ces orientations interrogent la capacité des politiques publiques à garantir des conditions de vie et d'accès aux droits compatibles avec l'exercice effectif du droit à la santé pour toutes et tous.

BIBLIOGRAPHIE

- Alonso, P., Bénard, C., Berger, O., Boivineau, M., Chiffoleau, S., Garrigues, C., Goure, G., Suesser, P., & de Vitry, C. (2025, octobre 31). « Il faut donner une nouvelle jeunesse à la protection maternelle et infantile ». Le Monde. https://www.lemonde.fr/idees/article/2025/10/31/il-faut-donner-une-nouvelle-jeunesse-a-la-protection-maternelle-et-infantile_6650604_3232.html

- Amrous, N. (2022). Protection maternelle et infantile (PMI) : Un recul de l'activité et une forte baisse des effectifs de médecins entre 2016 et 2019 (Etudes et résultats No 1227; p. 6). https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/protection-maternelle-et-infantile-pmi-un

- Blanco-Cazeaux, I. (2023). Quatre essais sur les déterminants des inégalités d'accès aux soins en France (Numéro 2023BORD0396) [Theses, Université de Bordeaux]. https://theses.hal.science/tel-04419240

- Chaupain-Guillot, S., Guillot, O., & Jankeliowitch-Laval, E. (2014). Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : Une analyse à partir des données de l'enquête SRCV. Economie et Statistique, INSEE, (n° 469-470). https://www.insee.fr/fr/statistiques/2122367?sommaire=1377989&q=-soins+dentaires

- Défenseur des droits. (2025). Rapport - Prévenir les discriminations dans les parcours de soins : Un enjeu d'égalité. Défenseur des droits. https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/2025-05/ddd_rapport_discriminations-parcours-de-soins_20250430.pdf

- Défenseur des droits. (2026a). Enquête sur l'accès aux droits - 2e édition - Volume 5 : Accès aux droits et discriminations : quelles spécificités pour les personnes en situation de précarité ? https://www.defenseurdesdroits.fr/enquete-sur-lacces-aux-droits-2e-edition-volume-5-acces-aux-droits-et-discriminations-quelles-1206

- Défenseur des droits. (2026b). Rapport annuel d'activité 2025—Comment faire valoir mes droits | Dossier de presse. https://www.defenseurdesdroits.fr/rapport-annuel-dactivite-2025-1107

- Deneux-Tharaux, C., & Saucedo, M. (2024). Les morts maternelles en France : Mieux comprendre pour mieux prévenir. 7e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM), 2016-2018 | INSERM & Santé Publique France (No 7; Etudes et enquêtes). Santé Publique France. https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/maladies-vasculaires-de-la-grossesse/enquetesetudes/les-morts-maternelles-en-france-mieux-comprendre-pour-mieux-prevenir-7e-rapport-de-lenquete

- Després, C., Dourgnon, P., Fantin, R., & Jusot, F. (2011). Le renoncement aux soins : Une approche socio-anthropologique. Questions d'économie de la santé Irdes, (169). https://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes169.pdf

- Dutton, P. V. (2024). Le rôle historique de la santé maternelle et infantile dans la culture de la protection sociale : De la loi Roussel à la Protection maternelle et infantile (PMI). Revue française des affaires sociales, 244(4), 104-118. https://doi.org/10.3917/rfas.244.0104

- Fabrique territoires santé. (2025). Réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins. https://www.fabrique-territoires-sante.org/wp-content/uploads/2023/07/Reduire-les-inegalites-sociales-et-territoriales-dacces-aux-soins-%E2%80%93-2023.pdf

- Gasquet-Blanchard, C., & Moine, R. (2021). Une fabrique programmée des inégalités sociales en santé périnatale. Les limites actuelles de la prise en charge des femmes enceintes mises en situation de précarité. Revue française des affaires sociales, (3), 225-240. https://doi.org/10.3917/rfas.213.0225. https://shs.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2021-3-page-225?lang=fr

- Gelly, M. (2023). Les politiques du tri (Editions du croquant). https://editions-croquant.org/action-publique/932-les-politiques-du-tri.html

- INSEE. (2025). Un enfant sur 250 meurt avant l'âge d'un an en France. https://www.insee.fr/fr/statistiques/8547061

- IRDES. (2018). Enquête santé et protection sociale (ESPS). https://www.irdes.fr/recherche/2017/rapport-566-enquete-sante-europeenne-ehis-enquete-sante-et-protection-sociale-esps-2014.html

- Lachenal, G., Lefève, C., & Nguyen, V.-K. (2014). La médecine du Tri. Histoire, éthique, anthropologie (PUF). http://www.canguilhem.univ-paris-diderot.fr/cahiers-du-centre-canguilhem/la-medecine-du-tri/

- Lapinte, A. (2023). La mesure du renoncement aux soins est très sensible à la formulation des questions—Suivi dans le temps et impact de la formulation des questions sur la mesure du renoncement aux soins | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (No 10; DREES Méthodes). https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/drees-methodes/la-mesure-du-renoncement-aux-soins-est-tres-sensible-la-formulation-des

- Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care : Conceptualising access at the interface of health systems and populations. International Journal for Equity in Health, 12, 18. https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18

- Médecins du Monde. (2022). Rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France—2022. https://www.medecinsdumonde.org/ressources/publications-scientifiques%20/

- Organisation Mondiale de la Santé. (2026, juin 3). Autosoins pour la santé et le bien-être. https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/self-care-health-interventions

- Peyron, M., Jacquey-Vazquez, B., Loulergue, P., & Poissy, C. (2019). Rapport de Michèle Peyron : Pour sauver la PMI, agissons maintenant ! | solidarites.gouv.fr. https://solidarites.gouv.fr/rapport-de-michele-peyron-pour-sauver-la-pmi-agissons-maintenant

- Poirot-Mazères, I. (2021). Le renoncement aux soins. In N. Jacquinot (Éd.), Le renoncement en droit public (p. 37-60). Presses de l'Université Toulouse Capitole. https://doi.org/10.4000/books.putc.14545

- Rehbinder, A., Champs-Léger, H. de, Crozier, L., Rieutord, G., & Lelong, H. (2025). Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) : Dispositifs de prise en charge des plus précaires. MTSI, 5(4). https://doi.org/10.48327/mtsi.v5i4.2025.729

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

Couverture :
Juan-Diego Poveda
www.instagram.com/poveda_bajo_trazos/

Avec le soutien de la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal)

EN COLLABORATION AVEC Sigia

ISSN 2425-0945 dépôt légal novembre 2026
ISBN 978-2-918362-97-5 – Pdf

MÉDECINS DU MONDE SOIGNE AUSSI L'INJUSTICE