RAPPORT 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

SOMMAIRE

p. 3 ÉDITO
p. 6 RÉSUMÉ
p. 14 PANORAMA DES PROJETS DE MÉDECINS DU MONDE EN FRANCE EN 2025
p. 19 CARTE DES PROJETS EN FRANCE EN 2025
p. 20 INFOGRAPHIE
p. 22 ACRONYMES

p. 24 BAROMÈTRE DE L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS
p. 27 AVANT-PROPOS

p. 28 CHAPITRE 1 - L'ACTIVITÉ DES CENTRES FIXES

p. 31 CHAPITRE 2 - DÉTERMINANTS STRUCTURELS DE SANTÉ
p. 32 CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES
p. 34 MIGRATION
p. 35 ENVIRONNEMENT ÉCONOMIQUE

p. 37 CHAPITRE 3 - DÉTERMINANTS INTERMÉDIAIRES DE SANTÉ
p. 38 ENVIRONNEMENT PHYSIQUE
p. 42 ENVIRONNEMENT SOCIAL
p. 43 DÉTERMINANTS INDIVIDUELS ET EXPÉRIENCES
p. 44 DÉTERMINANTS LIÉS À L'ACCÈS AU SYSTÈME DE SANTÉ

p. 48 CHAPITRE 4 - ÉTAT DE SANTÉ
p. 52 UN ÉTAT DE SANTÉ VARIABLE SELON LES DÉTERMINANTS LIÉS À LA PRÉCARITÉ
p. 54 LA PRÉVALENCE DU VIH ET DES HÉPATITES VIRALES
p. 54 LES RETARDS DE RECOURS AUX SOINS
p. 56 URGENCE DE LA PRISE EN CHARGE

p. 58 **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**

p. 64 **INTRODUCTION**

p. 67 **DU RENONCEMENT AUX SOINS, AUX PRATIQUES ET AUX SAVOIRS DES PERSONNES CONCERNÉES**

p. 88 **ÉTAT DE SANTÉ ET CONSÉQUENCES DU RENONCEMENT AUX SOINS**

p. 92 **MODALITÉS DE L'OFFRE DE SOINS EN PASS HOSPITALIÈRES ET EN PMI SELON LES ÉQUIPES MDM ET DES PROFESSIONNEL·LES DES STRUCTURES**

p. 143 **FACTEURS FACILITANTS DU RECOURS AUX SOINS**

p. 155 **DISCUSSION**

p. 164 **RECOMMANDATIONS**

p. 171 **ANNEXES**

p. 172 **Bibliographie**

p. 177 **Méthodologie du baromètre**

p. 180 **Méthodologie du focus**

p. 184 **Accord comité éthique**

p. 186 **Activités par centres fixes**

p. 188 **Analyses par centres fixes**

p. 224 **Analyses pondérées**

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.

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.

« 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.

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·E·S 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

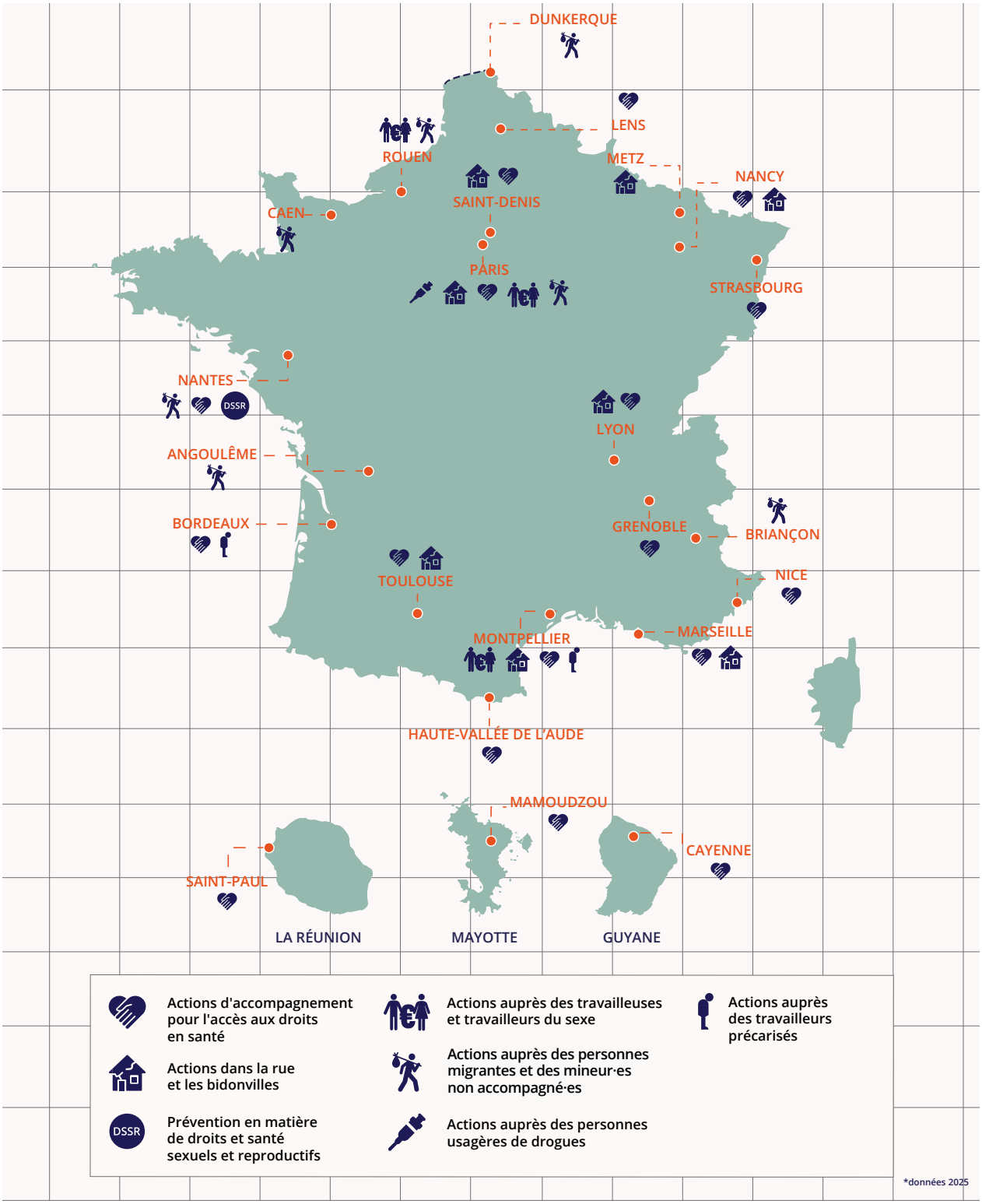
8 PROJETS SUR LES ENJEUX DE MIGRATION, EXIL, DROITS ET SANTÉ (MEDS)

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**

ACRONYMES

AME	Aide médicale d'État
ANEF	Administration numérique pour les étranger·es en France
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
C2S	Complémentaire santé solidaire
CADA	Centre d'accueil pour demandeur·ses d'asile
CCAS	Centre communal d'action sociale
CeGIDD	Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHU	Centre d'hébergement d'urgence
CISP	Classification internationale des soins primaires
CMP	Centre médico-psychologique
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CRIP	Cellule de recueil des informations préoccupantes
CSS	Centre de santé sexuelle
DAC	Dispositif d'appui à la coordination
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGS	Direction générale de la santé
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DIHAL	Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement
DNA	Dispositif national d'accueil
DPI	Dossier patient informatisé
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Droits système de santé (combat MdM)
DSSR	Droits santé sexuels et reproductifs (combat MdM)
DSUV	Dispositif des soins urgents et vitaux
EVARS	Éducation à la vie affective et relationnelle, et à la sexualité
FIR	Fonds d'intervention régional
HAS	Haute autorité de santé
HPV	Human papilloma virus
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LHSS	Lits halte soins santé

MdM	Médecins du Monde France
MEDS	Migrations exils droits et santé (combat MdM)
MNA	Mineur·es non accompagné·es
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PCO	Plateforme de coordination et d'orientation
PMI	Protection maternelle infantile
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PUMa	Protection universelle maladie
RdR	Réduction des risques (combat MdM)
SECPA	Structures d'exercice coordonné participatives
SE	Santé environnement (combat MdM)
SIAO	Service intégré de l'Accueil et de l'Orientation
TROD	Test rapide d'orientation diagnostique
URPS	Union régionale de professionnel·les de santé
VIH	Virus de l'Immunodéficience humaine


DEMANDE DE TITRE DE SÉJOUR
Vitale
ORDONNANCE
ATTESTATION D'ÉLECTION DE DOMICILE
ATTESTATION D'HÉBERGEMENT
PARTIE A CONSERVER
Premier certificat de santé
TITRE DE SÉJOUR
RELEVÉ DES SOMMES A PAYER
FRAIS D'HOSPITALISATION
HOPITAL
SI VOUS NE BÉNÉFICIEZ D'AUCUNE PRISE
SI VOUS BÉNÉFICIEZ D'UNE PRISE EN CHARGE
Montant Total: 350€
Payé: 270€
Reste à payer: 80€

BAROMÈTRE

DE L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS

AVANT-PROPOS

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

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

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

CHAPITRE 1

ACTIVITÉS DES CENTRES FIXES

LES POINTS ESSENTIELS

- **12 centres fixes.**
- **13 556 personnes accueillies en 2025.**
- **29 904 consultations réalisées en 2025 : 14 210 consultations médicales (généralistes et spécialistes), 2 821 consultations infirmières ou de prévention, 12 705 entretiens sociaux et 168 accompagnements physiques lors de rendez-vous extérieurs.**
- **80,4 % des personnes ont consulté pour la première fois en 2025 pour des besoins en santé.**

En France, Médecins du Monde mène différents projets sur l'ensemble de l'Hexagone et dans les départements d'outre-mer. Parmi ces projets, les centres fixes offrent un accueil médico-psycho-social à toute personne en difficulté d'accès aux droits, aux soins et à la prévention. Les données présentées dans ce rapport sont issues du recueil de données sur les personnes accueillies dans ces centres tout au long de l'année 2025.

Lors de la première venue dans un centre fixe[1], un entretien d'accueil est réalisé avec chaque personne afin de connaître ses motifs de venue, ses conditions de vie, sa situation administrative et ses difficultés d'accès aux soins. Ces informations sont recueillies une seule fois et permettent de décrire la situation de chaque personne lors de la première rencontre. Cette première rencontre permet également d'informer les personnes sur leurs droits.

En 2025, les 12 centres fixes ont accueilli 13 556 personnes[2] lors de 23 779 visites[3]. Au total, 29 904 consultations ont été réalisées auprès de 12 877 personnes[4], soit en moyenne 2,3 consultations par personne (*table 1*). Près de la moitié des consultations correspondaient à des consultations médicales (46,0 %) ou dentaires (1,5 %), 9,4 % à des consultations infirmières (7,0 %) ou de prévention (2,4 %), 42,5 % à des entretiens sociaux, et 0,6 % à des accompagnements physiques lors de rendez-vous extérieurs à Médecins du Monde. Par rapport à 2024, la file active a diminué de 10,3 % en 2025 (-1 562 patient·es)[5].

1 À Marseille, les données comprennent également les activités d'aller-vers auprès des populations fragiles permettant l'accompagnement dans les démarches administratives.
2 La file active correspond au nombre de personnes différentes ayant eu au moins une consultation et/ou un entretien d'accueil au cours de l'année.
3 Une visite correspond à la venue d'une personne une journée donnée, quel que soit le nombre de consultations ou d'entretiens réalisés lors de cette journée.
4 Parmi les 13 556 personnes accueillies, 12 877 ont bénéficié d'une consultation, les 679 autres personnes ont uniquement bénéficié d'un entretien d'accueil avant d'être potentiellement orientées vers d'autres structures.
5 Plusieurs raisons expliquent cette baisse. Tout d'abord une baisse des entrées irrégulières en Europe, et une politique intérieure en France plus dure. D'un point de vue local : le transfert de deux centres fixes (Pau et Ajaccio) ; la fermeture temporaire puis le déménagement de celui de Lyon suite à des problèmes logistiques ; un manque temporaire de ressources humaines à Paris et Saint-Denis ainsi que l'augmentation de contrôles (police et RATP) ainsi que des difficultés d'accès à Solidarité Transport ; à Grenoble, un renfort des RH PASS et PASS mobiles.

TABLE 1 - CONSULTATIONS ET ENTRETIENS DÉLIVRÉS DANS LES CENTRES FIXES EN 2025

Consultations	Nombre de consultations	Nombre de patient·es différent·es reçu·es	Nombre moyen de consultations par patient·e	Évolution 2025/2024 du nombre de consultations
Consultations réalisées en 2025	**29 904**	**12 877**	**2,3**	**- 7,8 %**
Consultations médicales (généralistes/spécialistes (a))	**13 754**	**8 452**	**1,6**	**- 8,3 %**
- Dont médecins généralistes	11 801	8 155	1,4	- 12,2 %
- Dont consultations psychologiques ou psychiatriques	1 711	586	2,9	+ 21,3 %
Consultations dentaires	**456**	**205**	**2,2**	**- 55,6 %**
Consultations infirmières ou prévention	**2 821**	**2 310**	**1,2**	**- 16,7 %**
- Dont prévention DSSR	720	685	1,1	+ 15,2 %
Entretiens sociaux (b)	12 705	7 826	1,6	- 1,7 %
Accompagnement physique	**168**	**118**	**1,4**	**+ 47,4 %**

Lecture : En 2025, 8 452 patient·es ont été vu·es lors de 13 754 consultations médicales, avec en moyenne 1,6 consultation médicale par patient·e reçu·e. Le nombre de consultations médicales a diminué de 8,3 % par rapport à 2024.
(a) Spécialités rencontrées en 2025 : ophtalmologie/optique (centre fixe de Grenoble uniquement), cardiologie (Saint-Denis uniquement) et psychologie/psychiatrie (Bordeaux, Nancy, Nice, Paris, Saint-Denis et Toulouse).
(b) Comprend les entretiens sociaux, les entretiens pour les mineur·es non accompagné·es et les entretiens pour droit au séjour pour les étranger·es malades.
DSSR : droits et santé sexuels et reproductifs.

Les centres de Saint-Denis, de Bordeaux et de Paris réalisent le plus grand nombre de consultations et représentent respectivement 18,6 % (n = 5 572), 14,1 % (n = 4 202) et 11,9 % (n = 3 571) de l'ensemble des consultations en 2025.

Plus des deux tiers des personnes reçues (69,0 %, n = 9 350) se sont rendues pour la première fois dans un centre fixe en 2025. Parmi elles, 7,0 % avaient été adressées par une structure de soins (n = 514) et 1,6 % (n = 116) par un autre programme de Médecins du Monde (taux de réponse 78,1 %). Le motif exprimé de leur première visite était limité à des besoins en santé[6] pour 58,3 % d'entre elles (n = 4 711), à des besoins en santé ainsi que d'accompagnement administratif, social ou juridique pour 22,1 % (n = 1 784), et uniquement à des besoins d'accompagnement administratif, social ou juridique pour 19,6 % (n = 1 580, taux de réponse 86,4 %). Cette proportion de premières visites motivées uniquement par des besoins d'accompagnement administratif, social ou juridique est plus élevée chez les patient·es étranger·es en France depuis trois mois ou plus (27,0 %, contre 9,8 % chez les patient·es étranger·es en France depuis moins de trois mois et 12,4 % chez les patient·es français·es).

En raison de la barrière de la langue, un·e interprète peut parfois être nécessaire lors des entretiens et consultations. Ainsi, 39,4 % des patient·es ayant consulté en 2025 ont été identifié·es comme ayant besoin d'un·e interprète (n = 4 580). Pour ces patient·es, 82,4 % des consultations et entretiens réalisés en ont effectivement bénéficié[7]. L'interprétariat professionnel en santé est principalement réalisé par téléphone et favorise un accès égal aux droits et aux soins. Son usage a presque doublé ces dernières années avec 20,5 % des consultations qui en bénéficiaient en 2019 contre 45,5 % en 2025, et jusqu'à 74,3 % pour le centre fixe de Saint-Denis. Lorsqu'il n'était pas fait appel à un service d'interprétariat, ce dernier a été réalisé par un·e intervenant·e de Médecins du Monde[8] (17,2 %) ou par une tierce personne (19,6 %).

6 Les besoins de santé comprennent des raisons médicales, paramédicales ou dentaires, tels que la nécessité de consulter un·e professionnel·le de santé, de réaliser des dépistages ou de bénéficier d'actions de prévention.
7 Information disponible pour 54,5 % des consultations de patient·es ayant besoin d'interprétariat (n = 7 202).
8 Certains intervenant·es bénévoles de Médecins du Monde sont également interprètes professionnel·les.

CHAPITRE 2

DÉTERMINANTS STRUCTURELS DE SANTÉ

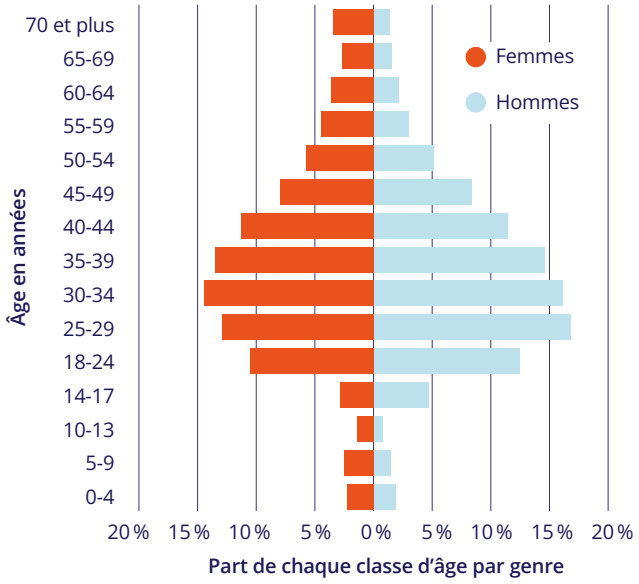
LES POINTS ESSENTIELS

- **Les personnes rencontrées dans les centres fixes sont à 37,4 % des femmes et à 62,6 % des hommes, elles sont âgées en moyenne de 36,1 ans, et sont pour la quasi-totalité de nationalité étrangère (98,5 %).**
- **Parmi les personnes étrangères reçues, près d'un tiers sont en France depuis moins de trois mois lors de leur première visite en 2025 (en majorité des femmes) et plus d'un tiers y sont depuis plus de deux ans (en majorité des hommes).**
- **65,8 % des personnes étrangères majeures sont en situation administrative irrégulière au regard du séjour lors de leur entretien d'accueil.**
- **Un tiers des personnes étrangères hors Union européenne reçues ont déposé une demande d'asile avant leur entretien d'accueil, parmi elles, 20,5 % étaient en attente de rendez-vous à la préfecture et 11,5 % ont été placées sous procédure Dublin III.**
- **25,0 % des personnes accueillies de 16 ans et plus ont une activité rémunérée en France, dont 32,4 % des hommes et 12,7 % des femmes.**

CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES

En 2025, 62,6 % des personnes reçues dans les centres fixes se déclarent comme hommes (n = 8 480), 37,4 % comme femmes (n = 5 068) et 0,1 % comme transgenre[1] (n = 7). Elles sont âgées en moyenne de 36,1 ans (médiane 34,8 ans)[2], et 55,9 % ont entre 18 et 39 ans (n = 7 572, *figure 1*).

FIGURE 1 - PYRAMIDE DES ÂGES DES PERSONNES REÇUES EN 2025 EN CENTRES FIXES



Lecture : En 2025, 14,9 % des femmes reçues dans les centres fixes sont âgées de 30 à 34 ans.
Information disponible pour 99,8 % des personnes reçues en 2025 (n = 13 535).
Les sept personnes transgenres sont exclues de cette analyse en raison de leur faible effectif.

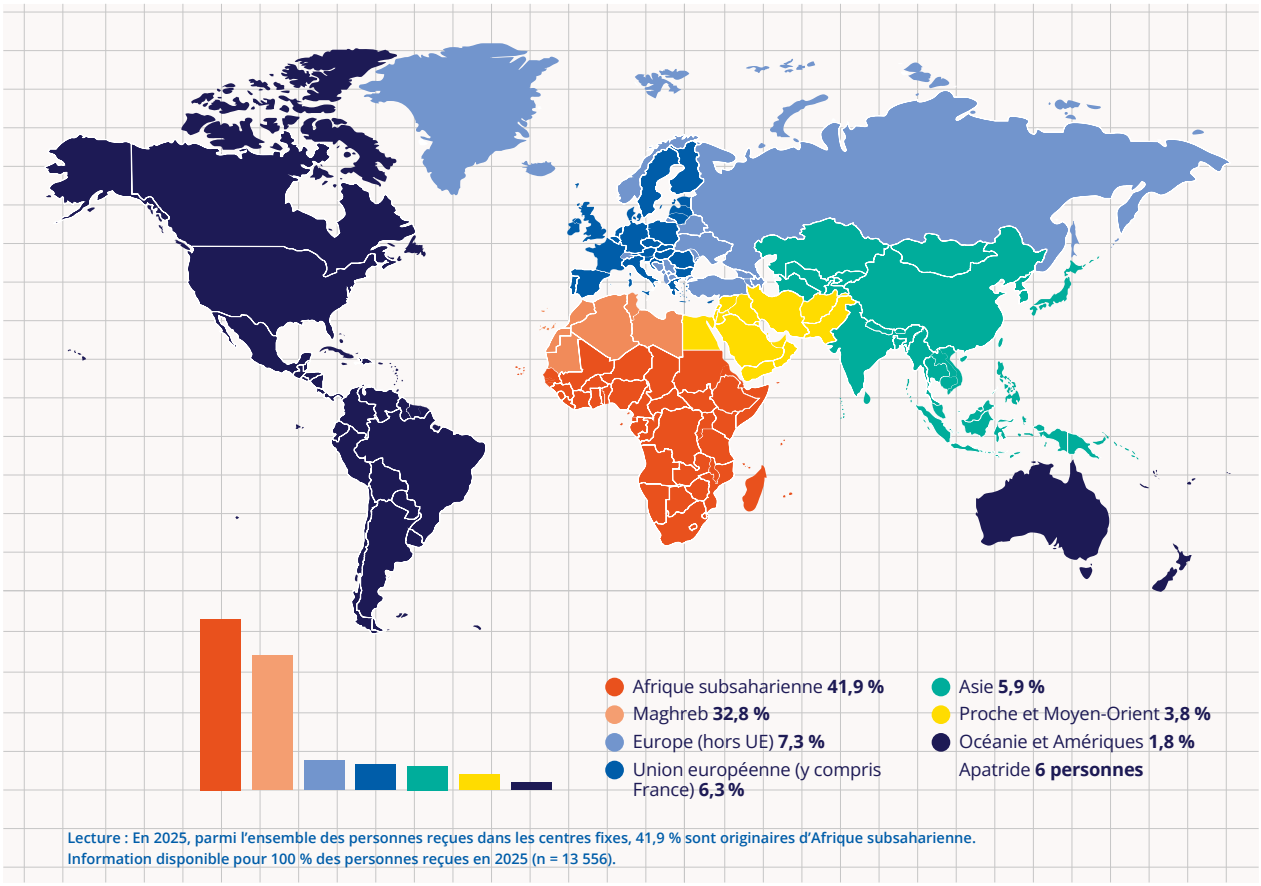
1 Dans l'état actuel de la collecte de données, trois choix sont proposés aux personnes : masculin, féminin et transgenre. Cela ne permet pas d'analyse précise en termes d'identité de genre trans (femmes trans, hommes trans, personnes non binaires). Toutefois, Médecins du Monde travaille à intégrer dans ses catégories d'analyses cette différenciation, plus juste en termes de santé publique et respectueuse de toutes et tous. Du fait de ces limitations, et par commodité, les termes de « femmes » et « hommes » sont utilisés dans le rapport.
2 Âge médian de 34,1 ans chez les hommes et 36,0 ans chez les femmes.

Les mineur·es représentent 8,9 % des personnes reçues (n = 1 211), avec une proportion allant de 2,2 % à Rouen jusqu'à 29,7 % à Lyon.

La quasi-totalité des personnes reçues sont de nationalité étrangère (98,5 %, n = 13 348). Elles sont majoritairement originaires d'Afrique subsaharienne (41,9 %, n = 5 674) et du Maghreb (32,8 %, n = 4 452). Elles sont également 13,7 % à venir d'Europe[3], 5,9 % d'Asie, 3,8 % du Proche et Moyen-Orient et 1,8 % d'Océanie et des Amériques (*figure 2*).

La zone géographique d'origine des personnes reçues varie selon les centres fixes, avec, par exemple, plus de ressortissant·es des pays d'Afrique subsaharienne à Paris (63,2 %, n = 1 022) ou du Maghreb à Marseille (68,7 %, n = 906). Par genre, les femmes sont plus souvent originaires d'Afrique subsaharienne (49,3 %, n = 2 501) et moins souvent du Maghreb (23,9 %, n = 1 209) par rapport aux hommes (respectivement 37,4 %, n = 3 172 et 38,2 %, n = 3 242)[4].

FIGURE 2 - RÉPARTITION DES PERSONNES REÇUES DANS LES CENTRES FIXES SELON LA ZONE GÉOGRAPHIQUE D'ORIGINE EN 2025



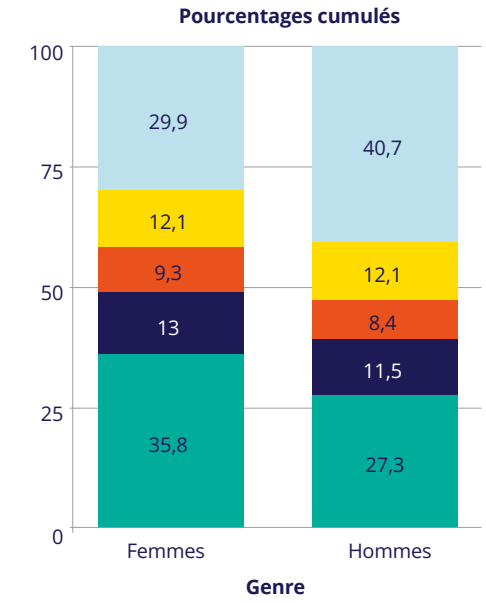
Lecture : En 2025, parmi l'ensemble des personnes reçues dans les centres fixes, 41,9 % sont originaires d'Afrique subsaharienne.
Information disponible pour 100 % des personnes reçues en 2025 (n = 13 556).

3 855 en provenance des pays de l'Union européenne, dont la France, et 999 hors Union européenne.
4 Pour les sept personnes transgenres, trois sont originaires d'Océanie ou des Amériques, deux d'Union européenne, une d'Afrique subsaharienne et une du Maghreb.

MIGRATION

La moitié des personnes étrangères rencontrées sont en France depuis 11 mois ou plus. Plus précisément, presque un tiers sont des personnes primo-arrivantes[5] (30,4 %) et 36,7 % sont en France depuis deux ans ou plus (taux de réponse : 95,6 %). Les femmes sont plus souvent des primo-arrivantes par rapport aux hommes (*figure 3*).

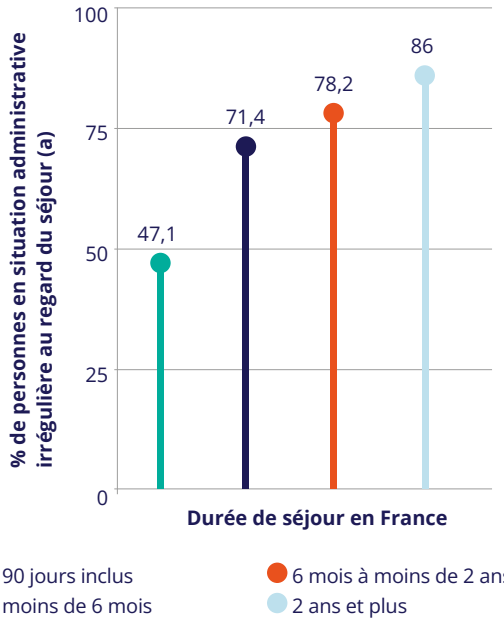
FIGURE 3 - DURÉE DE SÉJOUR EN FRANCE DES PERSONNES ÉTRANGÈRES AU JOUR DE LEUR PREMIÈRE VISITE DANS UN CENTRE FIXE EN 2025 SELON LE GENRE



Lecture : 35,8 % des femmes étrangères sont en France depuis moins de trois mois lors de leur première venue dans un centre fixe en 2025.
Taux de réponse : 95,6 % des personnes de nationalité étrangères reçues en 2025 (n = 12 760 / 13 348).
Cette information est également disponible pour trois personnes transgenres : une est en France depuis une période allant de 12 à 23 mois et deux depuis plus de deux ans.

Parmi les personnes étrangères majeures dont la première visite a eu lieu en 2025, 65,8 % sont en situation administrative irrégulière au regard du séjour[6] lors de leur entretien d'accueil (taux de réponse de 75,9 %), situation plus fréquente pour les hommes (71,7 %, n = 2 714 / 3 787) que pour les femmes (56,5 %, n = 1 349 / 2 388). On observe également que la situation administrative est liée à la durée de séjour en France (*figure 4*).

FIGURE 4 – SITUATION ADMINISTRATIVE LORS DE L'ENTRETIEN D'ACCUEIL DANS UN CENTRE FIXE SELON LA DURÉE DE SÉJOUR EN FRANCE EN 2025



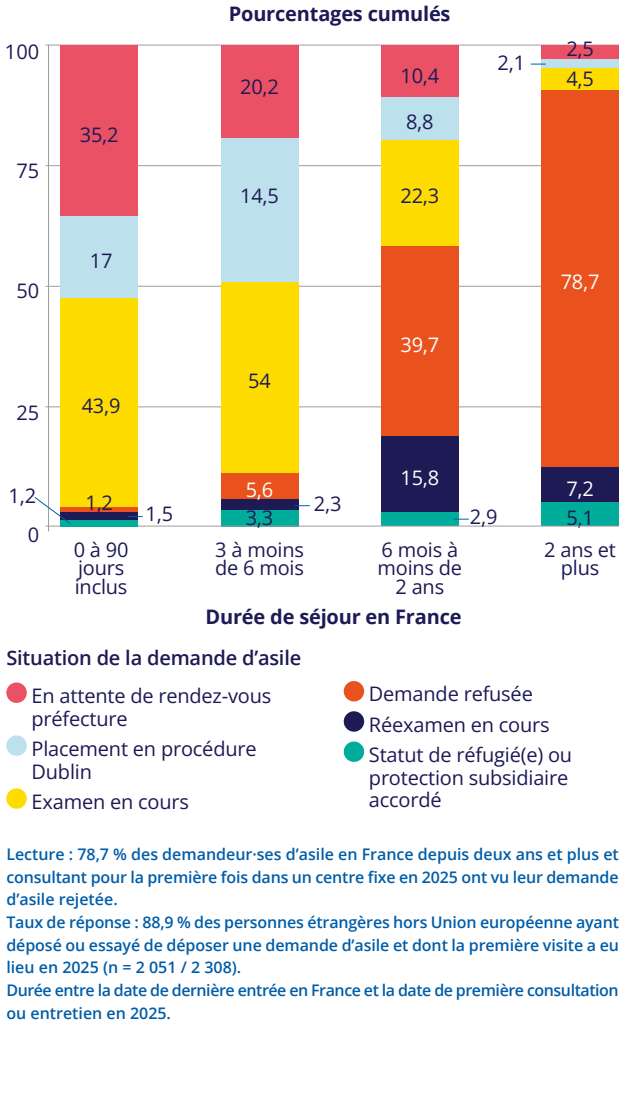
Lecture : 86,0 % des personnes étrangères majeures en France depuis deux ans et plus sont en situation administrative irrégulière lors de leur entretien d'accueil en 2025.
Taux de réponse : 73,9 % des personnes étrangères majeures dont la première visite a eu lieu en 2025 (n = 6 017 / 8 138).
Durée entre la date de dernière entrée en France et la date de première consultation ou entretien en 2025.
(a) Sans titre de séjour ou sans autorisation de séjour en France ; titre de séjour dans un autre pays européen et depuis plus de trois mois en France.

Lors de leur entretien d'accueil en 2025, 34,0 % des personnes étrangères hors Union européenne rencontrées ont indiqué avoir déposé ou tenté de déposer une demande d'asile (33,2 % des hommes et 35,1 % des femmes, taux de réponse : 77,0 %).

Parmi ces demandeur·ses d'asile, 20,5 % étaient en attente de rendez-vous en préfecture, 11,5 % ont été placé·es sous procédure Dublin III[7] et 36,2 % avaient une demande en cours d'examen ou de réexamen (taux de réponse : 91,2 %). Le statut de la demande d'asile est fortement lié à la durée de séjour en France (figure 5). Au moment de l'entretien d'accueil, une décision concernant l'octroi du statut de réfugié·e avait été prise pour près d'un tiers des demandes (31,8 %, n = 670), 90,9 % avaient été refusées et 9,1 % avaient été acceptées.

5 En France depuis moins de trois mois. La durée de résidence est calculée à partir de la dernière date d'entrée en France. Par ailleurs, certaines personnes réalisent des allers-retours.
6 Sans titre de séjour ou sans autorisation de séjour en France OU titre de séjour dans un autre pays européen et depuis plus de trois mois en France.
7 Demande transférée à un autre État membre de l'Union européenne en référence au règlement Dublin III, règlement UE n° 604/2013 du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013 établissant les critères et mécanismes de détermination de l'État membre responsable de l'examen d'une demande de protection internationale introduite dans l'un des États membres par un ressortissant de pays tiers ou un apatride.

FIGURE 5 – SITUATION DE LA DEMANDE D'ASILE PARMI LES DEMANDEUR·SES D'ASILE LORS DE LEUR ENTRETIEN D'ACCUEIL EN 2025 DANS UN CENTRE FIXE EN FONCTION DE LA DURÉE DE SÉJOUR EN FRANCE

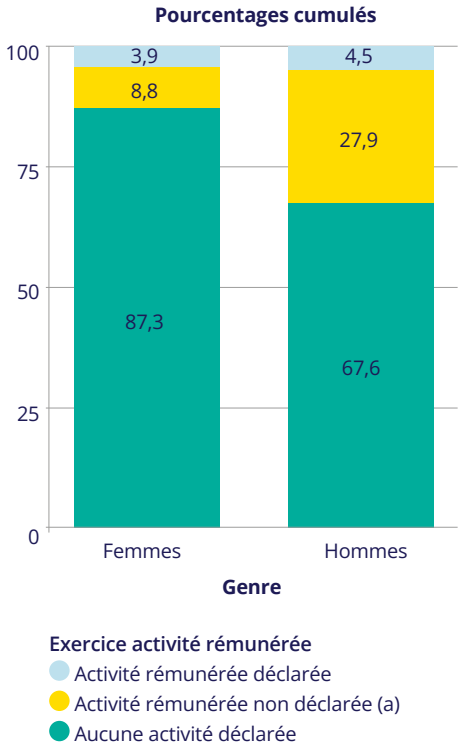


Lecture : 78,7 % des demandeur·ses d'asile en France depuis deux ans et plus et consultant pour la première fois dans un centre fixe en 2025 ont vu leur demande d'asile rejetée.
Taux de réponse : 88,9 % des personnes étrangères hors Union européenne ayant déposé ou essayé de déposer une demande d'asile et dont la première visite a eu lieu en 2025 (n = 2 051 / 2 308).
Durée entre la date de dernière entrée en France et la date de première consultation ou entretien en 2025.

ENVIRONNEMENT ÉCONOMIQUE

La précarité économique est prédominante parmi les personnes rencontrées. En matière de revenus, seul un quart des personnes âgées de 16 ans et plus exercent une activité rémunérée en France (4,3 % exerçant une activité déclarée et 20,7 % une activité non déclarée, taux de réponse : 79,8 %). Au total 32,4 % des hommes exercent une activité rémunérée contre seulement 12,7 % des femmes (*figure 6*).

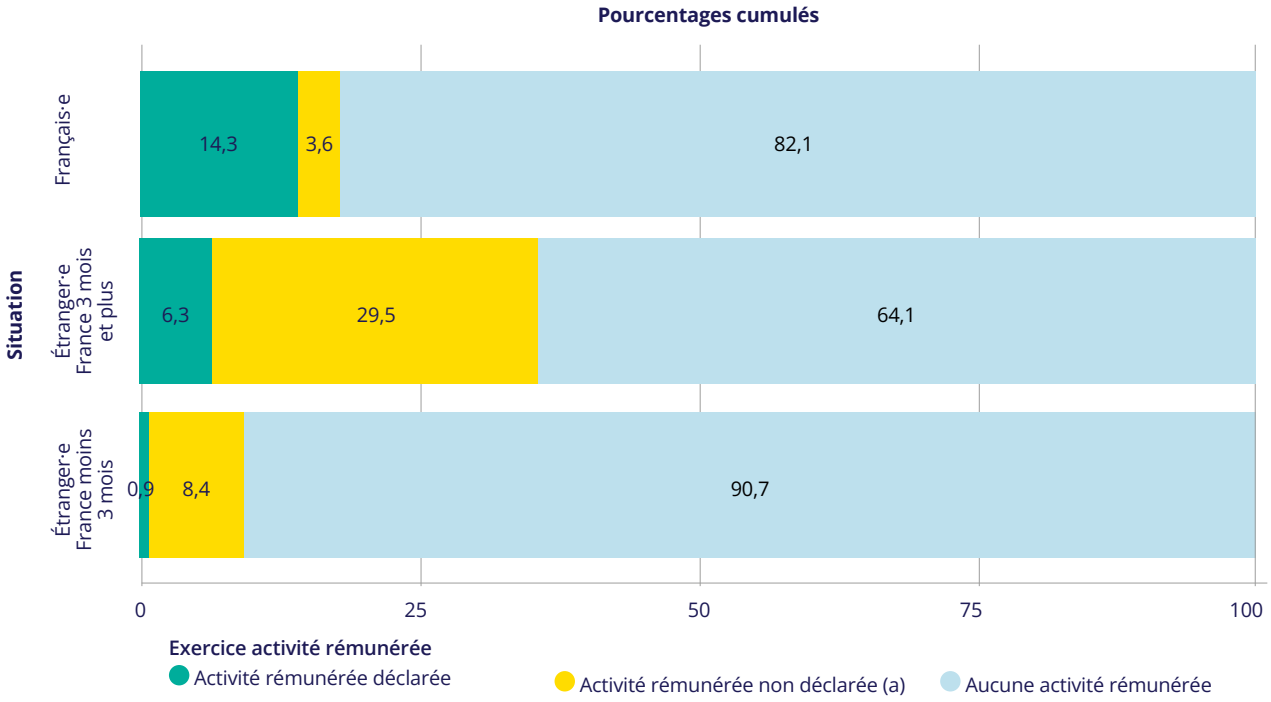
FIGURE 6 – EXERCICE D'UNE ACTIVITÉ POUR GAGNER LEUR VIE EN FRANCE DES PERSONNES DE 16 ANS ET PLUS LORS DE LEUR ENTRETIEN D'ACCUEIL DANS UN CENTRE FIXE SELON LE GENRE EN 2025



Lecture : Lors de leur entretien d'accueil, 87,3 % des femmes âgées de 16 ans et plus ont déclaré n'avoir aucune activité pour gagner leur vie en France.
Taux de réponse : Information disponible pour 79,8 % des personnes âgées de 16 ans et plus dont la première visite a eu lieu en 2025 (n = 6 827 / 8 551).
(a) Travail non déclaré, mendicité, etc.
Cette information était également disponible pour deux personnes transgenres : les deux déclarant une activité rémunérée non déclarée.

Ces taux variaient également en fonction de la nationalité et durée de séjour (*figure 7*), ainsi qu'en fonction de la situation administrative des personnes avec 30,5 % des personnes en situation administrative irrégulière déclarant une activité rémunérée non déclarée contre 5,5 % des personnes en situation administrative régulière (taux de réponse : 67,4 %).

FIGURE 7 – EXERCICE D'UNE ACTIVITÉ POUR GAGNER LEUR VIE EN FRANCE DES PERSONNES DE 16 ANS ET PLUS LORS DE LEUR ENTRETIEN D'ACCUEIL DANS UN CENTRE FIXE SELON LA NATIONALITÉ ET LA DURÉE DE SÉJOUR EN 2025



Lecture : Lors de leur entretien d'accueil, 64,1 % des personnes étrangères âgées de 16 ans et plus et présentes en France depuis trois mois et plus ont déclaré n'avoir aucune activité pour gagner leur vie en France.
Taux de réponse : information disponible pour 77,8 % des personnes âgées de 16 ans et plus dont la première visite a eu lieu en 2025 (n = 6 652 / 8 551).
(a) Travail non déclaré, mendicité, etc.

CHAPITRE 3

DÉTERMINANTS INTERMÉDIAIRES DE SANTÉ

LES POINTS ESSENTIELS

- **Une personne sur cinq est à la rue ou vit en hébergement d'urgence.**
- **Deux tiers des personnes ressentent leur situation d'habitat comme temporaire ou instable.**
- **Près de la moitié des femmes vivant avec leur·s enfant·s mineur·es sont des mères isolées.**

- **26,6 % des personnes accueillies pour la première fois en 2025 ne disposent d'aucune adresse postale qui leur permette de faire valoir leurs droits.**
- **64,0 % des personnes accueillies pour la première fois en 2025 sont éligibles à une couverture maladie lors de leur entretien d'accueil. Parmi elles, seules 20,3 % ont effectivement leurs droits ouverts (10,8 % des personnes éligibles à l'AME et 42,1 % des personnes éligibles à la PUMa).**
- **14,3 % des personnes accueillies pour la première fois en 2025 déclarent avoir renoncé à des soins au cours des 12 mois précédents.**

- **86,4 % des femmes âgées de 15 à 49 ans et concernées par la contraception déclarent ne pas en utiliser.**
- **79,0 % des femmes âgées de 25 à 65 ans n'ont jamais réalisé de dépistage du col de l'utérus ou ne savent pas si elles en ont déjà réalisé un.**
- **Parmi les femmes enceintes interrogées sur leur suivi de grossesse, la moitié présentait un retard de prise en charge lors de leur consultation.**

ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

Lors de leur entretien d'accueil en 2025, seules 7,6 % des personnes disposent d'un logement personnel et 66,3 % sont hébergées (principalement par de la famille ou des amis). Les autres vivent dans des conditions de grande précarité : à la rue ou en hébergement d'urgence pour 20,6 % d'entre elles et en squat ou bidonville pour 5,5 % (*table 2*).

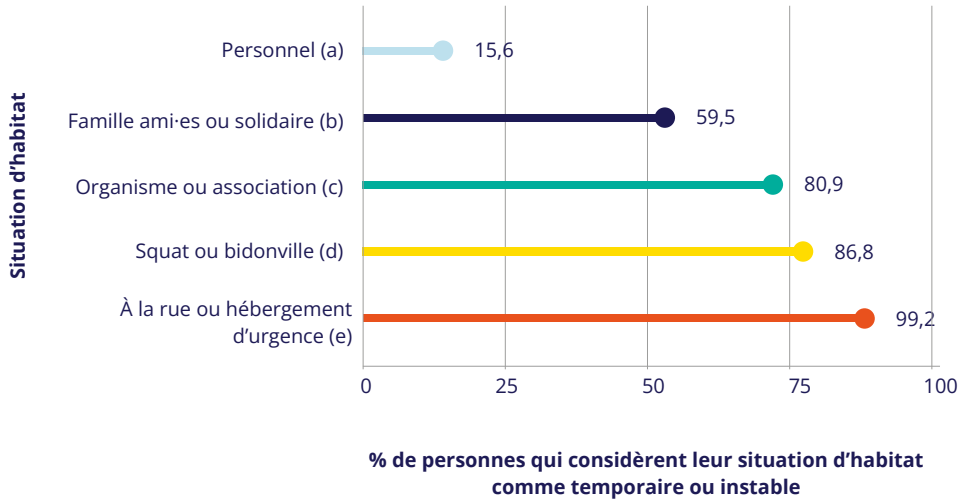
TABLE 2 - SITUATION D'HABITAT DES PERSONNES REÇUES LORS DE LEUR ENTRETIEN D'ACCUEIL EN CENTRE FIXE EN 2025

	Ensemble	
	n	%
Logement personnel (dont caravane sur terrain légal)	**583**	**7,6**
Hébergement chez famille, ami·es ou hébergement solidaire	**4 134**	**54,2**
- Hébergement chez famille ou ami·es	3 959	51,9
- Hébergé(e) par un réseau ou collectif militant ou hébergement solidaire	175	2,3
Hébergement par organisme ou association pour plus de 15 jours (hôtel, foyer, CADA…)	**926**	**12,1**
Squat ou bidonville	**422**	**5,5**
- Occupant un logement sans bail (sans contrat légal, squat)	327	4,3
- Occupant un terrain sans titre d'occupation (campement, bidonville)	95	1,2
À la rue ou en hébergement d'urgence	**1 569**	**20,6**
- Personne à la rue	1 245	16,3
- Hébergement d'urgence pour une durée de 15 jours ou moins (115, accueil de nuit, Samu social, etc.)	324	4,2

Lecture : lors de leur entretien d'accueil, 7,6 % des personnes rencontrées pour la première fois en 2025 vivent dans leur propre logement.
Taux de réponse : 81,6 % des personnes dont la première visite a eu lieu en 2025 (n = 7 634 / 9 350).
Cette information est également disponible pour deux personnes transgenres : une ayant un logement personnel, et une sans domicile fixe.
CADA : Centres d'accueil pour demandeur·ses d'asile.

Plus des deux tiers des personnes accueillies considèrent leur situation d'habitat comme instable ou temporaire (67,9 %), cela concerne une large majorité des personnes qui ne bénéficient pas d'un logement personnel (*figure 8*).

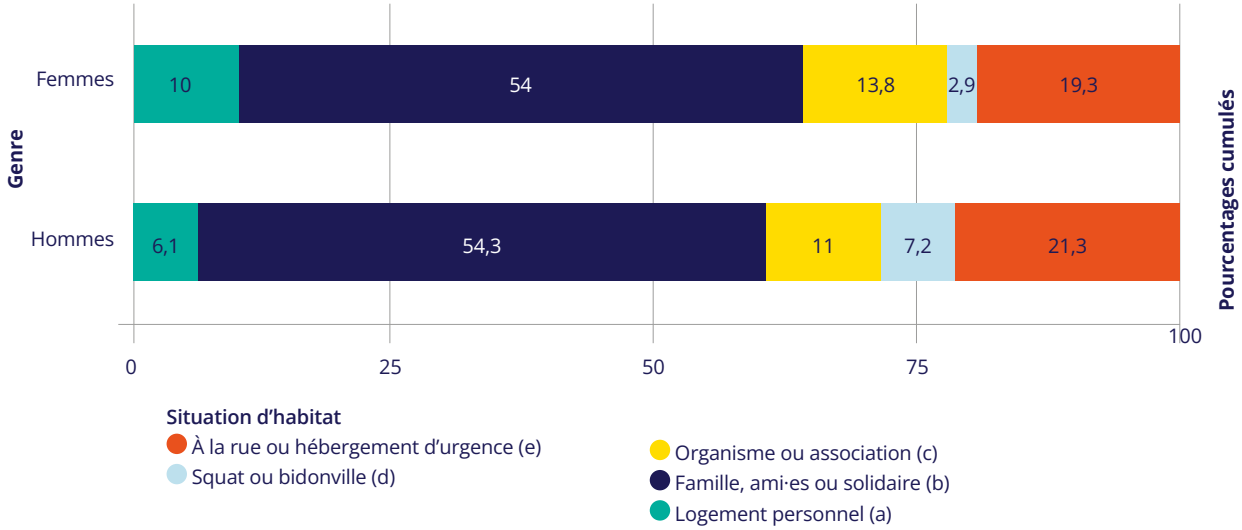
FIGURE 8 - RESSENTI VIS-À-VIS DE LA SITUATION D'HABITAT DES PERSONNES REÇUES EN 2025 LORS DE LEUR ENTRETIEN D'ACCUEIL EN CENTRES FIXES



Lecture : 58,8 % des personnes hébergées chez de la famille ou des ami·es considèrent leur situation d'habitat comme temporaire ou instable.
Taux de réponse : 75,9 % des personnes dont la première visite a eu lieu en 2025 (n = 7 098 / 9 350).
(a) Dont caravane sur terrain légal.
(b) Hébergement chez famille, ami·es ou par un réseau ou collectif militant ou solidaire.
(c) Hébergement par un organisme ou une association pour une durée supérieure à 15 jours (hôtel, foyer, CADA, etc.).
(d) Occupant un logement sans bail (sans contrat légal, squat) ou un terrain sans titre d'occupation (campement illégal, bidonville, hangar, usine désaffectée …).
(e) Sans domicile fixe (à la rue) ; hébergement d'urgence (115, accueil de nuit, Samu social, etc.) pour une durée inférieure ou égale à 15 jours.

Les hommes disposent moins souvent d'un logement personnel par rapport aux femmes (*table 2, figure 9*) et sont plus nombreux à considérer leur situation d'habitat comme instable : 71,0 % contre 63,1 % des femmes.

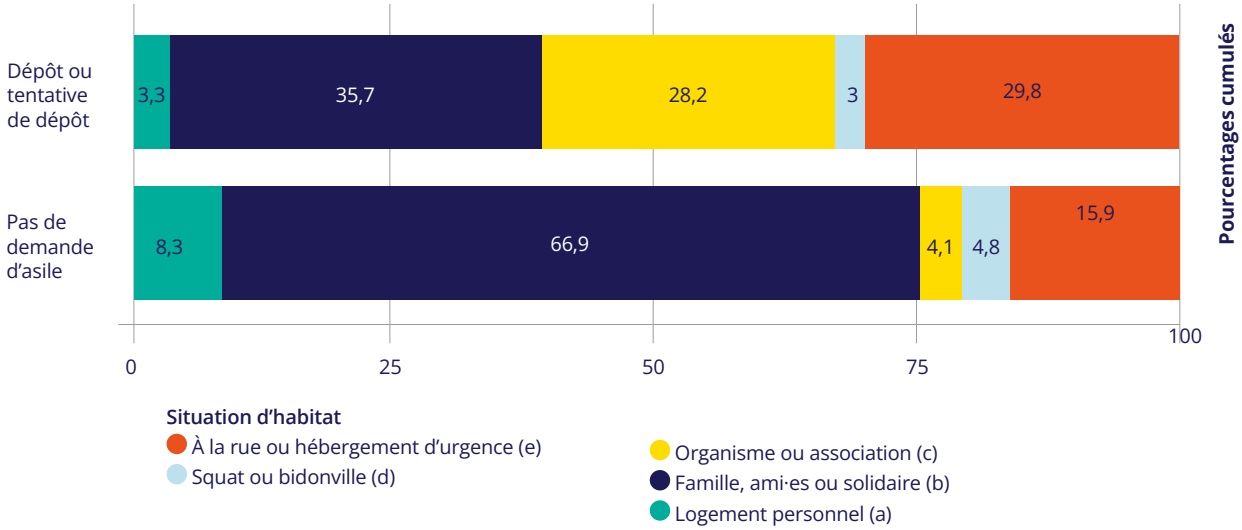
FIGURE 9 - SITUATION D'HABITAT DES PERSONNES REÇUES EN 2025 LORS DE LEUR ENTRETIEN D'ACCUEIL DANS UN CENTRE FIXE SELON LE GENRE



Lecture : 10,0 % des femmes ayant consulté pour la première fois en 2025 disposent d'un logement personnel.
Taux de réponse : 81,6 % des personnes dont la première visite a eu lieu en 2025 (n = 7 634 / 9 350).
(a) Dont caravane sur terrain légal.
(b) Hébergement chez famille, ami·es ou par un réseau ou collectif militant ou solidaire.
(c) Hébergement par un organisme ou une association pour une durée supérieure à 15 jours (hôtel, foyer, CADA, etc.).
(d) Occupant un logement sans bail (sans contrat légal, squat) ou un terrain sans titre d'occupation (campement illégal, bidonville, hangar, usine désaffectée ...).
(e) Sans domicile fixe (à la rue) ; hébergement d'urgence (115, accueil de nuit, Samu social, etc.) pour une durée inférieure ou égale à 15 jours.

Les personnes ayant déposé ou tenté de déposer une demande d'asile sont plus fréquemment hébergées par un organisme ou une association (28,2 %, figure 10) que celles n'en ayant pas déposé (4,1 %). Pour autant, une part importante d'entre elles demeure dans des conditions très précaires : 29,8 % sont à la rue ou en hébergement d'urgence, et 3,0 % en squat ou bidonville.

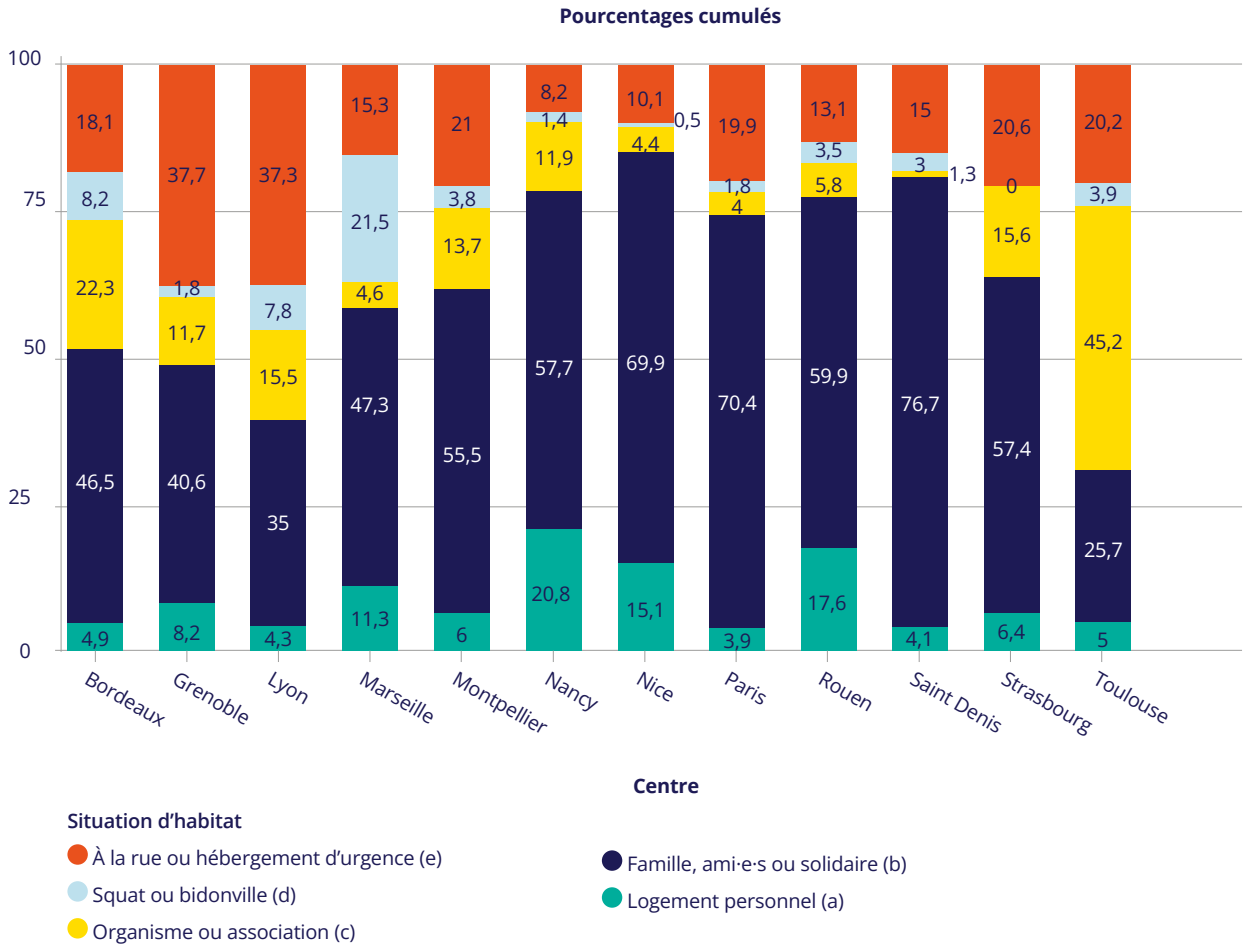
FIGURE 10 - SITUATION D'HABITAT DES DEMANDEUR·SES D'ASILE REÇU·ES EN 2025 LORS DE LEUR ENTRETIEN D'ACCUEIL DANS UN CENTRE FIXE



Lecture : 28,2 % des personnes ayant déposé ou tenté de déposer une demande d'asile sont hébergées par un organisme ou une association.
Taux de réponse : 69,4 % des personnes dont la première visite a eu lieu en 2025 (n = 6 485 / 9 350).
(a) Dont caravane sur terrain légal.
(b) Hébergement chez famille, ami·es ou par un réseau ou collectif militant ou solidaire.
(c) Hébergement par un organisme ou une association pour une durée supérieure à 15 jours (hôtel, foyer, CADA, etc.).
(d) Occupant un logement sans bail (sans contrat légal, squat) ou un terrain sans titre d'occupation (campement illégal, bidonville, hangar, usine désaffectée ...).
(e) Sans domicile fixe (à la rue) ; hébergement d'urgence (115, accueil de nuit, Samu social, etc.) pour une durée inférieure ou égale à 15 jours.

La proportion de personnes accueillies dans un centre fixe vivant dans un logement personnel varie de 3,9 % à Paris à 20,8 % à Nancy (taux de réponse : 81,6 %, *figure 11*). De même, la proportion de personnes à la rue ou en hébergement d'urgence atteint 37,7 % à Grenoble contre 8,2 % à Nancy (taux de réponse : 81,6 %).

FIGURE 11 - SITUATION D'HABITAT DES PERSONNES REÇUES EN 2025 LORS DE LEUR ENTRETIEN D'ACCUEIL DANS UN CENTRE FIXE, SELON LE CENTRE



Lecture : 37,7 % des personnes ayant consulté pour la première fois en 2025 au centre fixe de Grenoble vivent à la rue ou en hébergement d'urgence.
Taux de réponse : 81,6 % des personnes dont la première visite a eu lieu en 2025 (n = 7 634 / 9 350).
(a) Dont caravane sur terrain légal.
(b) Hébergement chez famille, ami·es ou par un réseau ou collectif militant ou solidaire.
(c) Hébergement par un organisme ou une association pour une durée supérieure à 15 jours (hôtel, foyer, CADA, etc.).
(d) Occupant un logement sans bail (sans contrat légal, squat) ou un terrain sans titre d'occupation (campement illégal, bidonville, hangar, usine désaffectée ...).
(e) Sans domicile fixe (à la rue) ; hébergement d'urgence (115, accueil de nuit, Samu social, etc.) pour une durée inférieure ou égale à 15 jours.

ENVIRONNEMENT SOCIAL

Plus d'un quart des personnes majeures accueillies pour la première fois en 2025 sont parents d'au moins un·e enfant mineur·e (28,9 %), dont 40,3 % des femmes et 21,4 % des hommes (taux de réponse : 81,5 %). Cependant, la moitié des parents ne vivent pas avec leur(s) enfant(s), dont 62,7 % des pères, témoignant de ruptures familiales importantes (*table 3*).

TABLE 3 - LIEU DE VIE DES ENFANTS MINEUR·ES LORS DE L'ENTRETIEN D'ACCUEIL DE PERSONNES MAJEURES DANS UN CENTRE FIXE, SELON LE GENRE EN 2025

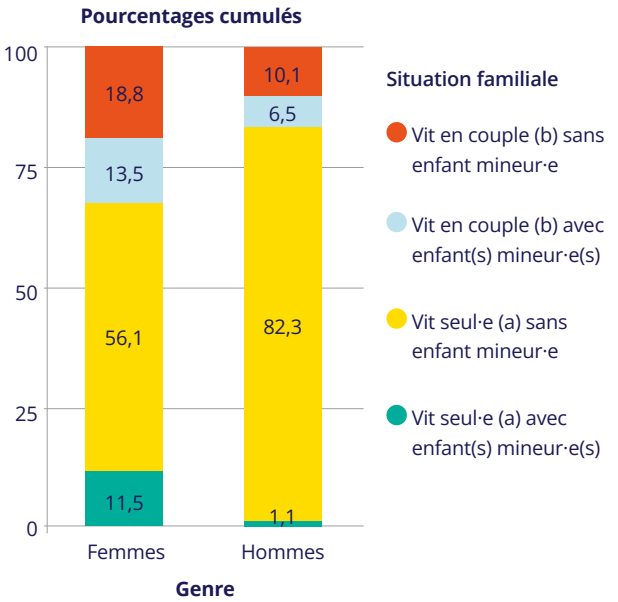
	Ensemble		Femmes		Hommes	
	n	%	n	%	n	%
Parmi les personnes ayant un ou plusieurs enfants mineur·es						
Vivent avec tous leurs enfants mineur·es	809	44,6	551	55,2	258	31,6
Vivent avec une partie de leurs enfants mineur·es	148	8,2	102	10,2	46	5,6
Ne vivent pas avec leurs enfants mineur·es	857	47,2	345	34,6	512	62,7

Lecture : 34,6 % des femmes accueillies pour la première fois en 2025 et déclarant avoir au moins un enfant mineur·e ne vivent pas avec leur(s) enfant(s) mineur(s).
Taux de réponse : 92,8 % des personnes dont la première visite a eu lieu en 2025, âgées de 18 ans et plus et parents d'enfant(s) mineur·e(s) (n = 1 814 / 1 954).

La vie en couple dépend fortement du genre des personnes reçues.

Parmi les personnes majeures reçues, 76,5 % ne vivent pas en couple (taux de réponse 84 %, n = 6 958), avec une proportion plus élevée chez les hommes (82,5 %) que chez les femmes (67,3 %, *figure 12*). En revanche, parmi les parents vivant avec leur(s) enfant(s) mineur·e(s), 46,0 % des femmes ne vivent pas en couple (n = 296 / 643), contre seulement 13,9 % des hommes (n = 42 / 303).

FIGURE 12 - SITUATION FAMILIALE DES PERSONNES MAJEURES LORS DE LEUR ENTRETIEN D'ACCUEIL DANS UN CENTRE FIXE EN 2025



Lecture : 11,5 % des femmes accueillies pour la première fois en 2025 vivent seules avec leur(s) enfant(s) mineur·e(s).
Taux de réponse : 79,2 % des personnes dont la première visite a eu lieu en 2025, âgées de 18 ans et plus (n = 6 565 / 8 286).
(a) Ne vit pas en couple.
(b) Mariage, PACS ou concubinage.
Seul·es les enfants mineur·es de la personne accueillie sont pris en compte.
Cette information est également disponible pour deux personnes transgenres : une vivait seule sans enfant mineur·es et une en couple sans enfant mineur·es.

DÉTERMINANTS INDIVIDUELS ET EXPÉRIENCES

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

RENONCEMENT AUX SOINS

Le renoncement aux soins regroupe l'ensemble des situations médicales où une personne a renoncé ou abandonné des soins alors qu'elle en avait, selon elle, besoin. Les causes du renoncement peuvent être multiples, telles que les coûts financiers, l'accès à une couverture maladie, l'accessibilité et disponibilité des professionnel·les, la complexité des démarches ou des choix personnels, les refus de soins.

En 2025, 14,3 % des personnes accueillies pour la première fois ont déclaré au cours de l'entretien d'accueil avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois (taux de réponse : 51,5 %), sans différence selon le genre.

DÉPISTAGE VIH ET HÉPATITES VIRALES

La prévention vis-à-vis des maladies infectieuses peut être abordée lors des consultations de médecine générale et fait l'objet d'entretiens de prévention sur les enjeux de droits et santé sexuels et reproductifs (DSSR). Lors de leur visite en centre fixe, les personnes qui le souhaitent bénéficient d'un test rapide d'orientation diagnostique (TROD) au sein des centres fixes ou sont orientées vers un centre de dépistage.

Lors de la première consultation de médecine générale dans un centre fixe, la grande majorité des personnes – souvent éloignées des services de soins et de prévention – a déclaré ne jamais avoir bénéficié d'un dépistage pour le VIH : 71,5 % (taux de réponse : 9,1 %), pour l'hépatite B : 71,4 % (taux de réponse : 9,4 %), ou pour l'hépatite C : 73,4 % (taux de réponse : 9,3 %).

COUVERTURE CONTRACEPTIVE DES FEMMES

Lors des consultations de médecine générale ou des entretiens de prévention DSSR, 696 femmes âgées de 15 à 49 ans et concernées par la contraception[1] ont échangé avec un·e intervenant·e de Médecins du Monde sur l'utilisation de moyens de contraception. Elles étaient près de 9 sur 10 (86,4 %) à déclarer ne pas y avoir recours (taux de réponse 32,6 %). En comparaison, dans la population générale en France métropolitaine, seules 9,0 % des femmes âgées de 15 à 49 ans et concernées par la contraception indiquaient ne pas utiliser de contraception en 2023 (*Inserm-ANRS-MIE*, 2024).

PRÉVENTION DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Il existe des moyens efficaces pour prévenir le cancer du col de l'utérus : la vaccination contre le papillomavirus (HPV), recommandée par la Haute Autorité de Santé chez les jeunes garçons et jeunes filles entre 11 et 14 ans, avec un rattrapage vaccinal jusqu'à 26 ans ; ainsi que le dépistage du virus HPV et la recherche de cellules précancéreuses par frottis cervico-vaginal, recommandés par la Haute Autorité de Santé chez les femmes entre 25 et 65 ans.

Lors des consultations de médecine générale ou des entretiens de prévention DSSR en 2025, 547 femmes âgées de 25 à 65 ans ont été interrogées sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, parmi elles, seules 21,0 % ont indiqué avoir déjà bénéficié d'un frottis cervico-vaginal ou d'un dépistage du virus HPV au cours de leur vie et 16,8 % ne savaient pas si elles en avaient déjà bénéficié (taux de réponse : 23,7 %). Au total, 79,0 % des femmes de 25 à 65 ans reçues dans un centre fixe en 2025 n'ont jamais réalisé de dépistage du cancer du col de l'utérus ou ne savent pas si elles en ont réalisé un. En population générale, les femmes de cette tranche d'âge étaient en comparaison 59,5 % à avoir été dépistées sur la période 2020-2022 (*Audiger et al., 2025*) et seulement 7,3 % à déclarer n'avoir jamais réalisé un dépistage du cancer du col de l'utérus au cours de leur vie (*Institut national du Cancer et Santé Publique France 2023*).

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX ET SUIVI DES FEMMES ENCEINTES

Près de sept patientes sur dix âgées de 15 ans et plus ont déclaré avoir déjà été enceintes au cours de leur vie lors de leur première consultation en 2025 (70,2 %, taux de réponse 12,5 %).

En 2025, 105 femmes âgées de 11 à 49 ans étaient enceintes lors d'une consultation de médecine générale[2]. L'âge moyen de ces femmes enceintes était de 28,9 ans[3] (cinq femmes avaient moins de 20 ans). Parmi ces 105 femmes, 44 ont répondu à la question portant sur le suivi de grossesse (taux de réponse : 41,9 %). Sur ces 44 répondantes, 22 (soit 50 %) présentaient un retard de prise en charge, défini par l'absence de suivi avant 12 semaines d'aménorrhée.

1 Femmes non enceintes, non stériles ou ménopausées, ou ne désirant pas d'enfant actuellement. Dans le Baromètre santé Santé Publique France, les femmes concernées doivent aussi avoir eu une relation sexuelle avec un homme au cours des 12 derniers mois.
2 Elles représentaient 12,9 % des femmes âgées de 11 à 49 ans pour lesquelles l'information était disponible (taux de réponse 35,5 %).
3 L'âge moyen à la maternité en France est de 31,1 ans (INED mars 2025, https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001686833).

VIOLENCES LIÉES AU GENRE

Lors des entretiens de santé sexuelle et reproductive, une personne sur cinq déclare avoir vécu une situation de violence au cours des 12 derniers mois (19,9 %, n = 86), avec une proportion plus élevée chez les femmes (25,7 %, n = 52) que chez les hommes (15,0 %, n = 34).

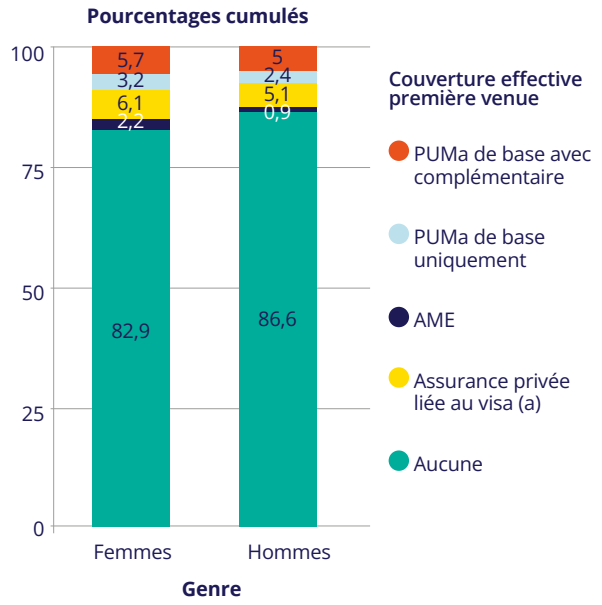
Les types de violences les plus fréquemment rapportés sont les violences sexuelles, les agressions physiques et les violences psychologiques. La répartition selon le genre révèle des différences marquées : les violences sexuelles sont très majoritairement déclarées par des femmes (70,0 %, n = 35, contre 12,9 % des hommes, n = 4), tandis que les agressions physiques concernent davantage les hommes rencontrés (64,5 %, n = 20, contre 34,0 % des femmes, n = 17).

DÉTERMINANTS LIÉS À L'ACCÈS AU SYSTÈME DE SANTÉ

L'ACCÈS À UNE COUVERTURE MALADIE

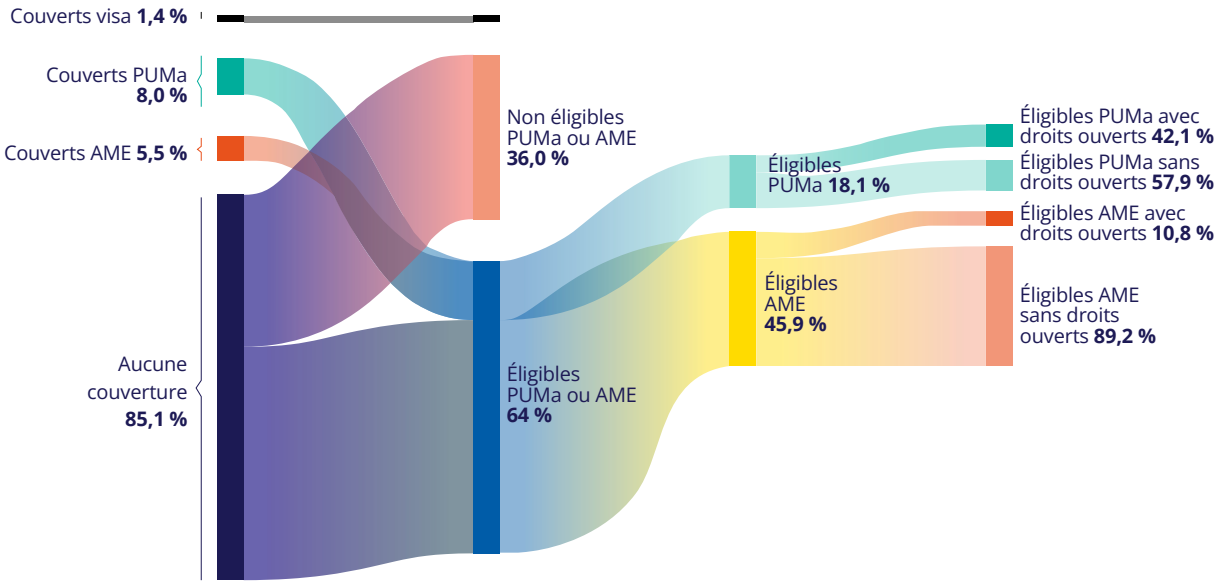
En 2025, 85,1 % des personnes accueillies pour la première fois n'ont aucune couverture maladie lors de leur entretien d'accueil (taux de réponse : 71,0 %). Elles sont 8,0 % à être couvertes par la Protection Universelle Maladie (PUMa), 5,5 % par l'Aide Médicale d'État (AME) et 1,4 % sont théoriquement couvertes par une assurance privée nécessaire à la délivrance du visa (*figure 13*). Ces faibles taux de couverture contrastent avec le fait que 64,0 % des personnes accueillies sont éligibles à une couverture maladie (18,1 % à la PUMa et 45,9 % à l'AME, *figure 14*). Les taux de couvertures varient selon les centres, allant de 4,6 % des personnes bénéficiant de la PUMa ou de l'AME à Saint-Denis jusqu'à 31,6 % à Rouen.

FIGURE 13 COUVERTURE MALADIE EFFECTIVE DES PERSONNES ACCUEILLIES POUR LA PREMIÈRE FOIS EN 2025 LORS DE LEUR ENTRETIEN D'ACCUEIL SELON LE GENRE



Lecture : lors de leur entretien d'accueil, 82,9 % des femmes venues pour la première fois en 2025 ne bénéficient d'aucune couverture maladie.
Taux de réponse : 71,0 % des personnes dont la première visite a eu lieu en 2025 (n = 6 637 / 9 350).
AME : Aide médicale d'État.
PUMa : Protection universelle Maladie.
(a) Les visas étant normalement délivrés avec une assurance privée, les soins devraient théoriquement être pris en charge par elle durant la validité du visa.
Cette information est également disponible pour deux personnes transgenres : une ne bénéficiait d'aucune couverture maladie et une bénéficiait de la PUMa de base avec complémentaire.

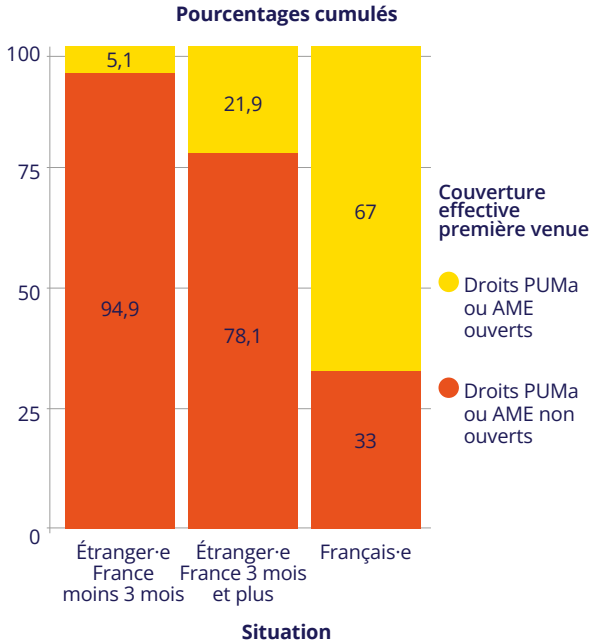
FIGURE 14 - COUVERTURE MALADIE EFFECTIVE ET ÉLIGIBILITÉ AUX DIFFÉRENTES COUVERTURES POSSIBLES DES PERSONNES ACCUEILLIES POUR LA PREMIÈRE FOIS EN 2025 LORS DE LEUR ENTRETIEN D'ACCUEIL DANS UN CENTRE FIXE



Lecture : Parmi l'ensemble des personnes reçues pour la première fois en 2025, au jour de leur entretien d'accueil, 64,0 % étaient éligibles à une couverture maladie. Parmi elles, 45,9 % l'étaient pour l'AME. Parmi les personnes éligibles à l'AME, 89,2 % n'avaient pas de droits ouverts.
Taux de réponse : couverture effective : 71,0 % ; taux de réponse éligibilité : 75,1 % ; taux de réponse ouverture droits chez personnes éligibles PUMa : 90,1 % ; taux de réponse ouverture droits chez personnes éligibles AME : 94,1 %.

Le taux d'ouverture des droits est ainsi particulièrement faible avec seulement 20,3 % des personnes éligibles à une couverture maladie ayant des droits ouverts (42,1 % de droits ouverts pour la PUMa et 10,8 % pour l'AME, taux de réponse : 93,0 %). Ce taux d'ouverture des droits est de 16,2 % chez les personnes en situation irrégulière au regard du séjour, et de seulement 31,5 % chez les personnes étrangères ayant fait une demande d'asile. Ce taux d'ouverture varie également selon la nationalité et la durée de séjour des personnes accueillies (*figure 15*).

FIGURE 15 - TAUX D'OUVERTURE DES DROITS AUX COUVERTURES MALADIE DES PERSONNES ACCUEILLIES POUR LA PREMIÈRE FOIS EN 2025 LORS DE LEUR ENTRETIEN D'ACCUEIL DANS UN CENTRE FIXE, SELON LA NATIONALITÉ ET LA DURÉE DE SÉJOUR



Lecture : 78,1 % des étranger·es vivant en France depuis trois mois et plus et éligibles à la PUMa ou à l'AME n'avaient pas de droits ouverts lors de leur entretien d'accueil en 2025. Taux de réponse : 90,0 % des personnes éligibles à la PUMa ou à l'AME lors de leur entretien d'accueil en 2025 (n = 4 048 / 4 498).
AME : Aide médicale d'État.
PUMa : Protection universelle Maladie.

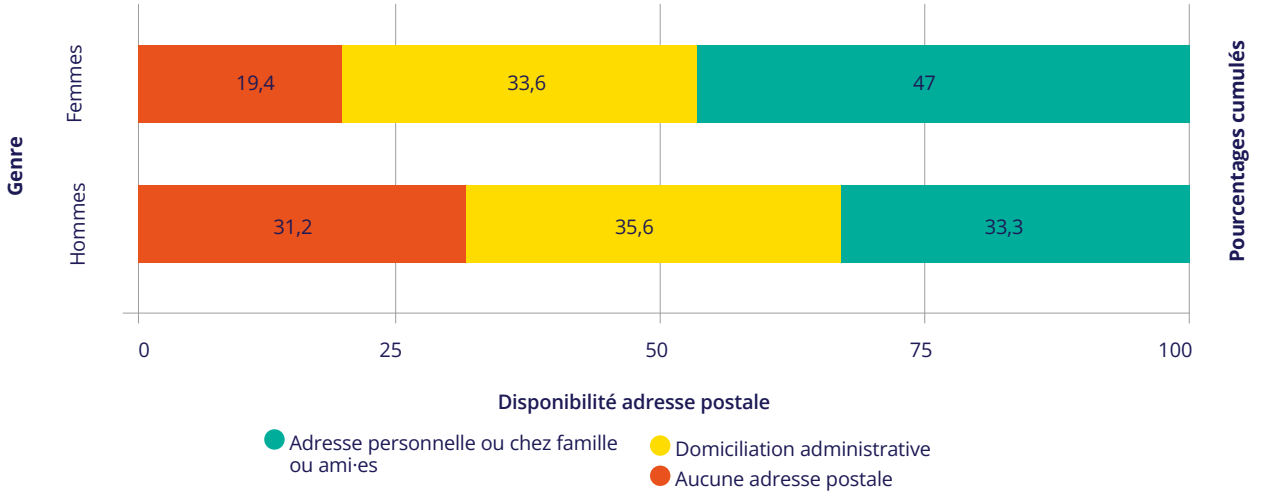
Les évolutions d'accès à la couverture maladie sont à mettre au regard des évolutions de la législation. Ainsi, la réforme de la couverture santé de 2019[4] et sa mise en place au 1er janvier 2020 se sont traduites par une baisse conséquente des personnes éligibles à une couverture maladie (de 71,8 % en 2019 à 64,0 % en 2025).

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

LES BARRIÈRES À L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS

Au-delà de l'éligibilité des personnes, l'accès à la couverture maladie nécessite d'avoir une adresse postale pour recevoir les courriers administratifs. Cette adresse peut être une adresse personnelle ou une domiciliation administrative que l'on obtient dans un centre communal d'action sociale (CCAS) ou dans une association. Lors de leur entretien d'accueil, 26,6 % des personnes accueillies pour la première fois en 2025 ne disposent d'aucune adresse postale (19,4 % pour les femmes et 31,2 % pour les hommes, taux de réponse : 78,0 %). Elles sont 38,6 % à posséder une adresse, soit personnelle, soit chez des proches, 34,8 % bénéficient d'une domiciliation administrative (obtenue à 20,4 % dans un CCAS) (figure 16). La disponibilité d'une adresse postale varie selon les centres, depuis 11,2 % des personnes ne disposant d'aucune adresse postale à Nice, jusqu'à 40,6 % à Montpellier.

FIGURE 16 - SITUATION DES PERSONNES VIS-À-VIS DE L'ADRESSE POSTALE LORS DE LEUR ENTRETIEN D'ACCUEIL DANS UN CENTRE FIXE EN 2025



Lecture : lors de leur entretien d'accueil, 31,2 % des hommes venus pour la première fois en 2025 ne bénéficient d'aucune adresse postale.
Taux de réponse : 78,0 % des personnes dont la première visite a eu lieu en 2025 (n = 7 289 / 9 350).
Cette information est également disponible pour deux personnes transgenres qui bénéficiaient toutes deux d'une adresse postale personnelle ou chez de la famille ou des ami·es.

De nombreux obstacles à l'accès aux soins sont mentionnés lors de l'entretien d'accueil au cours duquel 70,3 % des personnes accueillies pour la première fois en 2025 en indiquent au moins un (*table 4 et figure 17*).

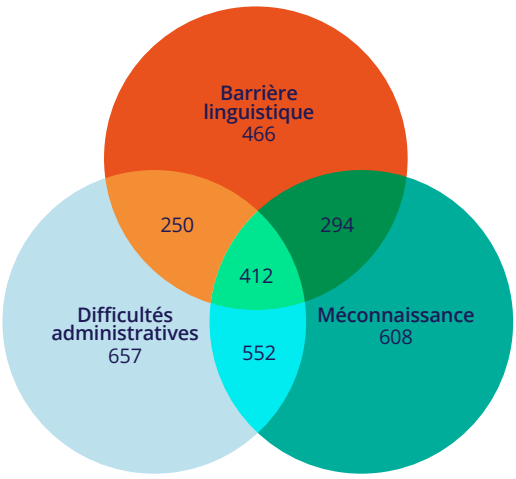
4 Constituée des articles 264 et 265 de la Loi n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020, du Décret n° 2019-1468 du 26 décembre 2019 relatif aux conditions permettant de bénéficier du droit à la prise en charge des frais de santé pour les assurés qui cessent d'avoir une résidence régulière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

TABLE 4 - OBSTACLES À L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS MENTIONNÉS PAR LES PERSONNES LORS DE LEUR ENTRETIEN D'ACCUEIL DANS UN CENTRE FIXE EN 2025

	Ensemble		Femmes	Hommes
	n	%	%	%
Difficultés administratives (a)	1 871	32,8	30,7	34,2
Méconnaissance des droits et des structures (b)	1 866	32,8	31,6	33,5
Barrière linguistique	1 422	25,0	21,8	26,9
Aucun droit possible (c)	1 128	19,8	22,3	18,2
Difficultés financières (d)	1 024	18,0	17,8	18,1
Démarches en cours, mais délais d'instruction trop longs	193	3,4	4,3	2,8
Peur d'être dénoncé(e) et/ou arrêté(e)	159	2,8	1,9	3,4
Mauvaise expérience dans le système d'accès aux droits (e)	103	1,8	1,6	2,0
Éloignement des structures administratives ou de soins	101	1,8	0,9	2,3
Droits ouverts dans un autre pays européen	26	0,5	0,4	0,5
Aucun obstacle déclaré	*1 693*	*29,7*	*29,2*	*30,0*

Lecture : Parmi les personnes accueillies pour la première fois en 2025, 32,8 % ont évoqué des difficultés administratives comme obstacle à l'accès aux droits et aux soins lors de leur entretien d'accueil.
Taux de réponse : 60,9 % des personnes dont la première visite a eu lieu en 2025 (n = 5 697 / 9 350).
Une personne peut mentionner plusieurs obstacles lors de l'entretien d'accueil.
(a) Manque pièces demandées, complexité, absence de preuve de présence en France, etc.
(b) Soins, accès au droit, médecin traitant.
(c) Résidence inférieure à trois mois ou visa touriste ou ressources supérieures au plafond d'attribution AME, etc.
(d) Complémentaire trop chère, avance de frais, dépassement d'honoraires, soins non pris en charge, etc.
(e) Refus guichet, demande de pièces abusives, etc.

FIGURE 17 - RECOUPEMENT DES TROIS PRINCIPAUX OBSTACLES MENTIONNÉS AU COURS DE L'ENTRETIEN D'ACCUEIL, 2025



Lecture : Parmi les 1 866 personnes accueillies pour la première fois en 2025 et qui ont évoqué leur méconnaissance des droits et des structures comme obstacle à l'accès aux droits et aux soins lors de leur entretien d'accueil, 412 ont également évoqué la barrière linguistique et des difficultés administratives comme obstacles supplémentaires.
Taux de réponse : 60,9 % des personnes dont la première visite a eu lieu en 2025 (n = 5 697 / 9 350).

CHAPITRE 4

ÉTAT DE SANTÉ

LES POINTS ESSENTIELS

- **En 2025, les patient·es ont le plus souvent présenté des pathologies liées aux systèmes digestif, ostéoarticulaire, respiratoire, et dermatologique.**
- **59,2 % des patient·es ont été diagnostiqué·es pour au moins une pathologie chronique au cours de l'année.**
- **0,8 % des personnes dépistées au sein des centres fixes étaient séropositives pour le VIH et 3,0 % pour le virus de l'hépatite B.**
- **38,4 % des patient·es ont présenté un retard de recours aux soins. Ce retard est plus important chez les personnes ne disposant pas de couverture maladie et ceux ayant une pathologie chronique.**
- **37,6 % des consultations de médecine générale nécessitaient une prise en charge urgente ou assez urgente, selon l'avis des médecins.**

L'état de santé des personnes rencontrées dans les centres fixes est décrit notamment à travers les pathologies diagnostiquées lors des consultations médicales. Ces diagnostics sont codés par la classification internationale des soins primaires (CISP-2) qui les répartit dans 17 chapitres par appareil anatomique (*cf. méthodologie du baromètre p.177*). En 2025, 11 801 consultations de médecine générale[1] ont été réalisées pour 8 155 patient·es, avec en moyenne 1,4 consultation par patient·e. Parmi les 6 857 patient·es dont un diagnostic a été enregistré[2], près d'un tiers ont présenté au moins deux diagnostics différents au cours de l'année (30,7 %).

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

Des troubles d'ordre psychologique ou psychiatrique ont été diagnostiqués chez 8,5 % des patient·es, principalement des pathologies liées au stress ou à l'anxiété (5,4 % des patient·es). Ces troubles sont cependant probablement très sous-estimés en raison de la barrière linguistique et de leur possible expression sous forme d'autres pathologies, notamment digestives.

1 L'évolution de l'activité est présentée dans le chapitre 1.
2 Au moins un diagnostic disponible pour 84,0 % des patient·es ayant bénéficié d'une consultation de médecine générale en 2025.

TABLE 5 - PRÉVALENCE DES PATHOLOGIES LORS DES CONSULTATIONS DE MÉDECINE GÉNÉRALE DANS UN CENTRE FIXE EN 2025 PAR APPAREIL ANATOMIQUE ET POUR LES PRINCIPAUX DIAGNOSTICS SUIVIS

Chapitres de la CISP-2	Ensemble[3] (n = 6 857)		Femmes (n = 2 674)		Hommes (n = 4 181)	
	n	%	n	%	n	%
Général et non spécifié	**845**	**12,3 %**	**313**	**11,7 %**	**531**	**12,7 %**
Digestif	**1 456**	**21,2 %**	**559**	**20,9 %**	**897**	**21,5 %**
Dont affections des dents ou gencives (a)	370	5,4 %	82	3,1 %	288	6,9 %
Ostéoarticulaire	**1 345**	**19,6 %**	**472**	**17,7 %**	**873**	**20,9 %**
Dont syndrome lombaire avec ou sans irradiation	333	4,9 %	112	4,2 %	221	5,3 %
Respiratoire	**1 182**	**17,2 %**	**437**	**16,3 %**	**744**	**17,8 %**
Dont infections respiratoires supérieures (b)	357	5,2 %	157	5,9 %	200	4,8 %
Dont infections respiratoires inférieures (c)	121	1,8 %	35	1,3 %	86	2,1 %
Peau	**887**	**12,9 %**	**232**	**8,7 %**	**655**	**15,7 %**
Dont parasitoses ou candidoses cutanées (d)	219	3,2 %	52	1,9 %	167	4,0 %
Cardiovasculaire	**740**	**10,8 %**	**345**	**12,9 %**	**395**	**9,4 %**
Dont hypertension artérielle (e)	521	7,6 %	259	9,7 %	262	6,3 %
Psychologique	**581**	**8,5 %**	**229**	**8,6 %**	**352**	**8,4 %**
Dont anxiété ou stress (f)	371	5,4 %	166	6,2 %	205	4,9 %
Dont dépression (g)	74	1,1 %	33	1,2 %	41	1,0 %
Métabolisme, nutrition, endocrinien	**482**	**7,0 %**	**257**	**9,6 %**	**225**	**5,4 %**
Dont diabète (h)	327	4,8 %	153	5,7 %	174	4,2 %
Neurologique	**394**	**5,7 %**	**160**	**6,0 %**	**234**	**5,6 %**
Génital et sein	**374**	**5,5 %**	**271**	**10,1 %**	**103**	**2,5 %**
Oeil	**285**	**4,2 %**	**104**	**3,9 %**	**181**	**4,3 %**
Urinaire	**201**	**2,9 %**	**90**	**3,4 %**	**111**	**2,7 %**
Oreille	**208**	**3,0 %**	**72**	**2,7 %**	**136**	**3,3 %**
Grossesse et planning familial	**200**	**2,9 %**	**200**	**7,5 %**	**0**	**0,0 %**
Hématopoïétique et immunologique	**107**	**1,6 %**	**74**	**2,8 %**	**33**	**0,8 %**

Lecture : 21,2 % des patient·es vu·es en consultations de médecine générale ont présenté au moins un diagnostic lié au système digestif en 2025.

Taux de réponse : 84,1 % des patient·es ayant bénéficié d'au moins une consultation de médecine générale en 2025 (n = 6 857 / 8 155). Nombre et pourcentage de patient·es ayant présenté au moins une

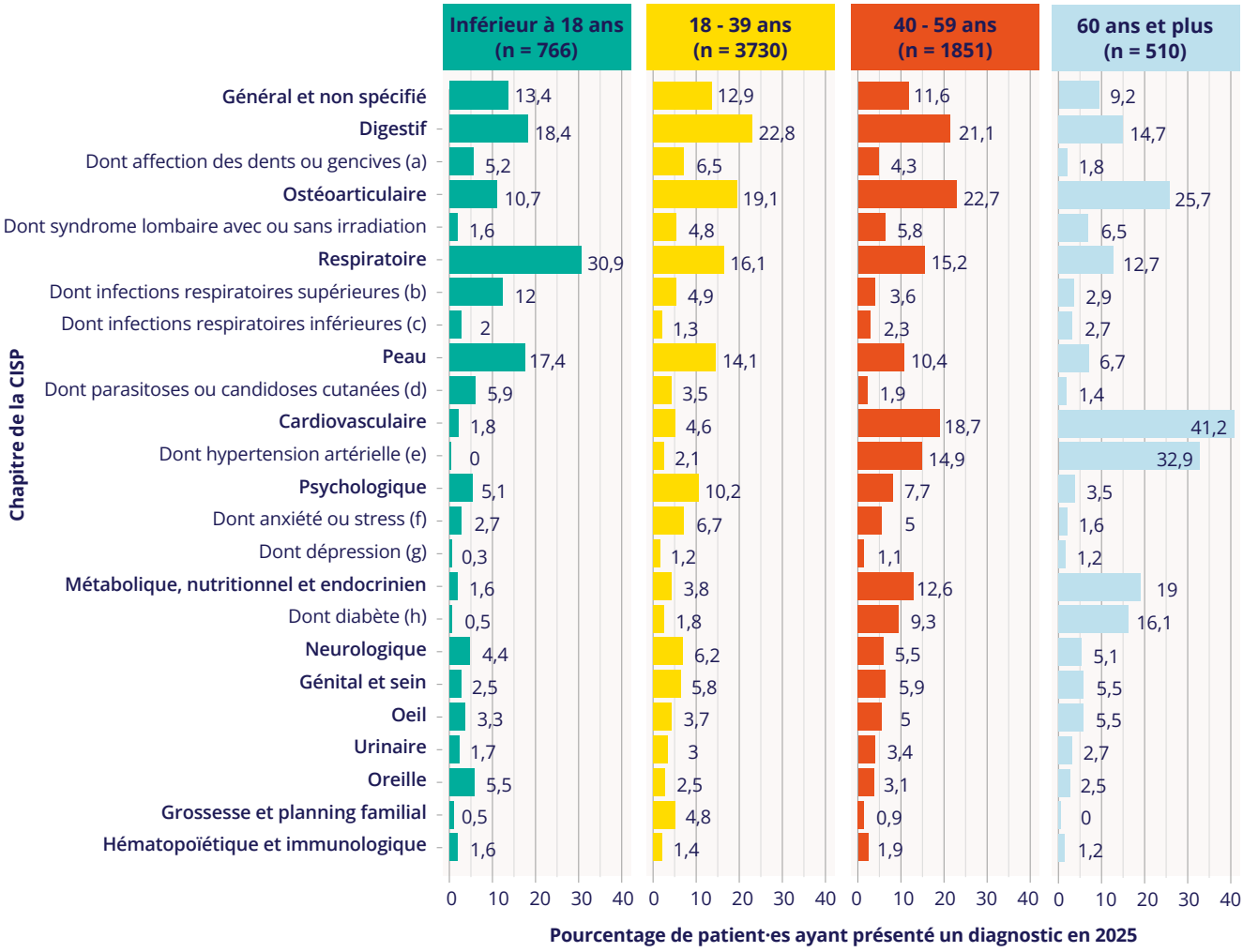
3 En plus des personnes de genre féminin et masculin, deux personnes d'un autre genre sont incluses.

reprise en 2025 un diagnostic associé au chapitre.
Les diagnostics portant sur des problèmes sociaux (chapitre 7 de la CISP) sont exclus.
La catégorie « général et non spécifié » regroupe les symptômes, plaintes, diagnostics et motifs de consultation qui ne sont pas spécifiques à un appareil anatomique. Cette catégorie inclut, entre autres, les symptômes généraux, tels que la fatigue ou les douleurs généralisées ainsi que les infections générales (telle que tuberculose ou rougeole).
Les diagnostics spécifiques présentés ont été sélectionnés par Médecins du Monde au regard de la pertinence de leur suivi vis-à-vis des profils de personnes reçues dans les centres fixes.

(a) Regroupe maladie, symptôme ou plainte liée aux dents ou gencives.
(b) Dont trachéite, pharyngite, angine, sinusite ou laryngite aigus.
(c) Regroupe pneumopathie, bronchiolite et bronchite aiguë ou chronique.
(d) Dont gale, pédiculose ou dermatophytes.
(e) Non compliquée ou avec complication.
(f) Regroupe trouble anxieux ou état anxieux, sensation d'anxiété ou nervosité ou tension, syndrome de stress post-traumatique et réaction de stress aigu.
(g) Regroupe dépression et sensation de dépression.
(h) Non insulinodépendant ou insulinodépendant.

Les problèmes de santé présentés lors des consultations de médecine générale varient en fonction des caractéristiques sociodémographiques des patient·es avec davantage de troubles dermatologiques et ostéoarticulaires chez les hommes et davantage de pathologies cardiovasculaires et métaboliques chez les femmes, notamment d'hypertension artérielle ou de diabète (*table 5*). Les mineur·es se démarquent par une surreprésentation des affections respiratoires (en particulier chez les 0-5 ans[4]) et de la peau, les 18-39 ans par plus de troubles digestifs et psychologiques, et les plus de 40 ans par plus de pathologies cardiovasculaires et métaboliques, en particulier au-dessus de 60 ans (*figure 18*).

FIGURE 18 - PRÉVALENCE DES PATHOLOGIES LORS DES CONSULTATIONS DE MÉDECINE GÉNÉRALE DANS UN CENTRE FIXE EN 2025 PAR APPAREIL ANATOMIQUE ET POUR LES PRINCIPAUX DIAGNOSTICS SUIVIS SELON L'ÂGE

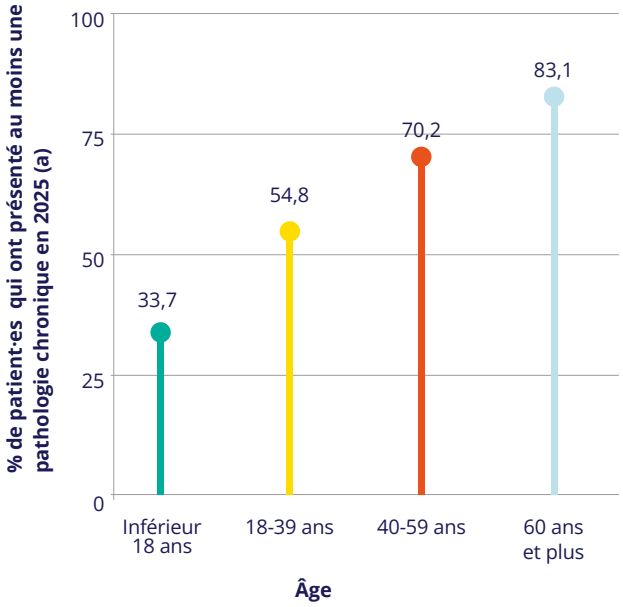


Lecture : 30,9 % des mineur·es vu·es en consultations de médecine générale ont présenté au moins un diagnostic lié au système respiratoire en 2025.Taux de réponse : 84,1 % des patient·es ayant bénéficié d'au moins une consultation de médecine générale en 2025 (n = 6 857 / 8 155).
Pourcentage de patient·es ayant présenté un diagnostic au moins une fois en 2025.
Les diagnostics portant sur des problèmes sociaux (chapitre 7 de la CISP) sont exclus.
(a) Regroupe maladie, symptôme ou plainte liée aux dents ou gencives.
(b) Dont trachéite, pharyngite, angine, sinusite ou laryngite aigus.
(c) Regroupe pneumopathie, bronchiolite et bronchite aiguë ou chronique.
(d) Dont gale, pédiculose ou dermatophytes.
(e) Non compliquée ou avec complication.
(f) Regroupe trouble anxieux ou état anxieux, sensation d'anxiété ou nervosité ou tension, syndrome de stress post-traumatique et réaction de stress aigu.
(g) Regroupe dépression et sensation de dépression.
(h) Non insulinodépendant ou insulinodépendant.

4 43,2 % des enfants âgé·es de 0 à 5 ans vu·es en consultation de médecine générale dans les centres fixes ont présenté un diagnostic lié au système respiratoire (n = 92 / 213).

Plus de la moitié des patient·es ont présenté au moins une pathologie définie comme chronique par le médecin au cours de l'année (59,2 %, taux de réponse : 46,9 %). Cette proportion est fortement liée à l'âge des patient·es (*figure 19*) et est légèrement plus importante chez les femmes (63,3 %) que chez les hommes (56,7 %). Le diagnostic chronique le plus fréquent est l'asthme chez les patient·es mineur·es, et l'hypertension artérielle chez les patient·es majeur·es.

FIGURE 19 - PROPORTION DE PATIENT·ES PRÉSENTANT AU MOINS UN DIAGNOSTIC LIÉ À UNE PATHOLOGIE CHRONIQUE LORS DES CONSULTATIONS DE MÉDECINE GÉNÉRALE DANS UN CENTRE FIXE EN 2025 SELON L'ÂGE

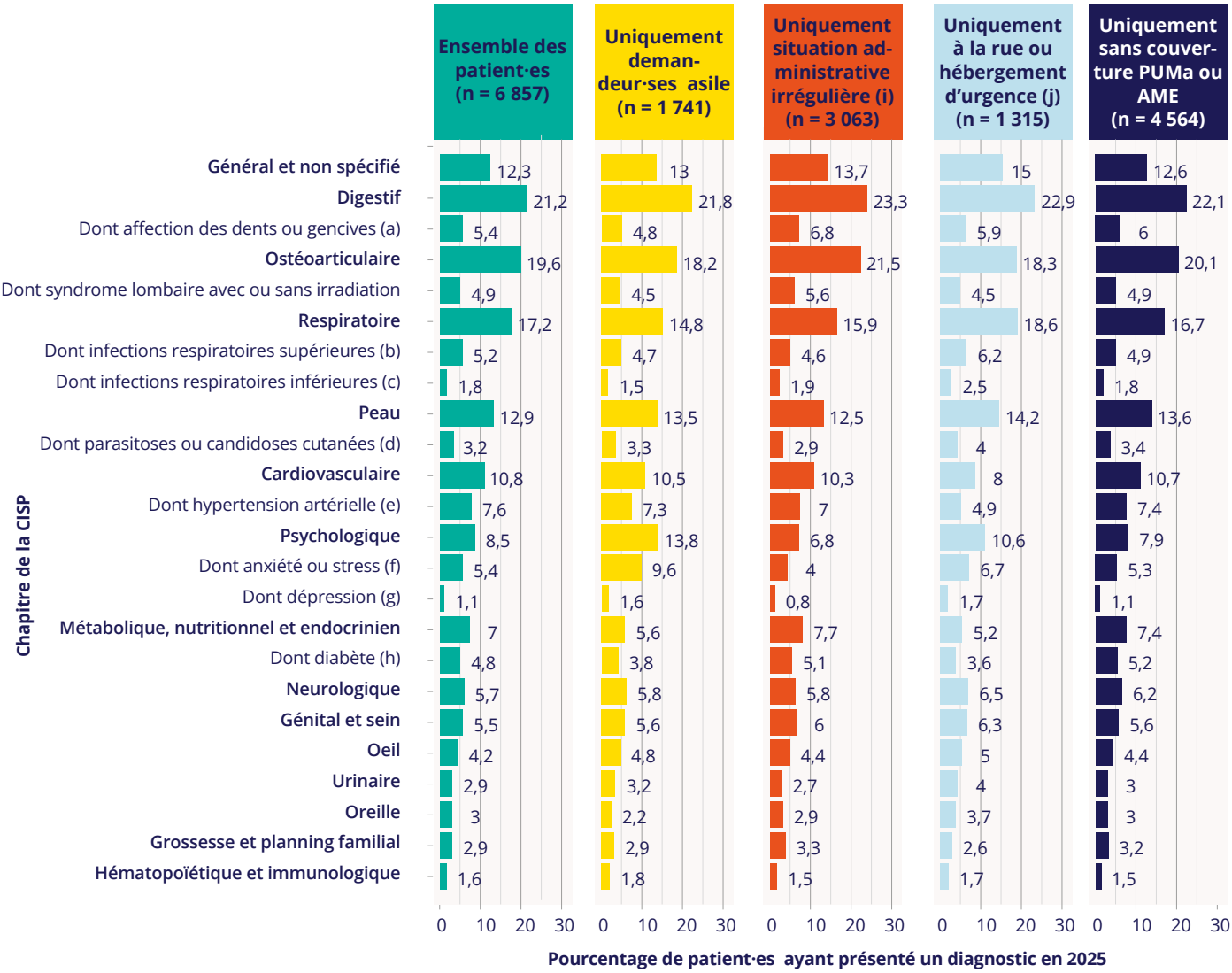


Lecture : 83,1 % des patient·es âgé·es de 60 ans et plus vu·es en consultations de médecine générale ont présenté au moins une pathologie considérée comme chronique par le·a médecin en 2025.
Taux de réponse : 46,9 % des patient·es ayant bénéficié d'au moins une consultation de médecine générale en 2025 (n = 3 824 / 8 155).
(a) Au moins un diagnostic associé à une pathologie considérée comme chronique par le·a médecin au cours d'une consultation de médecine générale en 2025.

UN ÉTAT DE SANTÉ VARIABLE SELON LES DÉTERMINANTS LIÉS À LA PRÉCARITÉ

Des différences notables de diagnostics sont observées selon divers déterminants de santé, dont l'effet se cumule, tels que la situation administrative au regard du séjour, la situation d'habitat ou la couverture maladie (*figure 20*). Par rapport aux autres patient·es, les demandeur·es d'asile ont ainsi présenté plus de troubles psychologiques, notamment liés à l'anxiété et au stress, tandis que les personnes en situation administrative irrégulière ont présenté plus de troubles ostéoarticulaires. Concernant la situation d'habitat, les individu·es vivant à la rue ou en hébergement d'urgence ont présenté plus souvent des troubles respiratoires, psychologiques et des pathologies dermatologiques, telles que des parasitoses par rapport aux autres patient·es.

FIGURE 20 - PART DE PATIENT·ES PRÉSENTANT AU MOINS UN DIAGNOSTIC LIÉ AU CHAPITRE DE LA CISP LORS DES CONSULTATIONS DE MÉDECINE GÉNÉRALE DANS UN CENTRE FIXE EN 2025 SELON CERTAINS DÉTERMINANTS DE SANTÉ



Lecture : 13,8 % des personnes ayant déposé une demande d'asile et vues en consultations de médecine générale ont présenté au moins un diagnostic lié à des troubles psychologiques en 2025.
Taux de réponse : 84,1 % des patient·es ayant au moins une consultation de médecine générale en 2025 (n = 6 857 / 8 155), 83,7 % pour les demandeur·ses d'asile (n = 1 741 / 2 080), 85,7 % pour les personnes en situation irrégulière au regard du séjour (n = 3 063 / 3 573), 85,8 % pour les personnes à la rue ou en hébergement d'urgence (n = 1 315 / 1 532) et 86,1 % (n = 4 564 / 5 302) pour les personnes sans couverture PUMa ou AME.
Pourcentage de patient·es ayant présenté un diagnostic au moins une fois en 2025.
Les diagnostics portant sur des problèmes sociaux (chapitre 7 de la CISP) sont exclus.
(a) Regroupe maladie, symptôme ou plainte liée aux dents ou gencives.
(b) Dont trachéite, pharyngite, angine, sinusite ou laryngite aigus.
(c) Regroupe pneumopathie, bronchiolite et bronchite aiguë ou chronique.
(d) Dont gale, pédiculose ou dermatophytes.
(e) Non compliquée ou avec complication.
(f) Regroupe trouble anxieux ou état anxieux, sensation d'anxiété ou nervosité ou tension, syndrome de stress post-traumatique et réaction de stress aigu.
(g) Regroupe dépression et sensation de dépression.
(h) Non insulinodépendant ou insulinodépendant.
(i) Sans titre de séjour ou sans autorisation de séjour en France ; titre de séjour dans un autre pays européen et depuis plus de 3 mois en France.
(j) Sans domicile fixe (à la rue) ; hébergement d'urgence (115, accueil de nuit, Samu social, etc.) pour une durée inférieure ou égale à 15 jours.

La part de patient·es qui ont présenté au moins une pathologie définie comme chronique par le·a médecin au cours de l'année varie également en fonction de ces déterminants de santé (*table 6*).

TABLE 6 - PATIENT·ES REÇU·ES EN CONSULTATIONS DE MÉDECINE GÉNÉRALE DANS UN CENTRE FIXE AVEC AU MOINS UNE PATHOLOGIE DÉFINIE COMME CHRONIQUE PAR LE·A MÉDECIN EN 2025 SELON CERTAINS DÉTERMINANTS DE SANTÉ

	% patient·es avec au moins une pathologie définie comme chronique en 2025
Ensemble des patient·es (taux de réponse : 46,9 %)	59,2
Droit effectif à la couverture maladie en France (taux de réponse : 34,9 %)	
Pas de couverture PUMa ou AME	60,4
Couverture PUMa ou AME	58,2
Situation d'habitat (taux de réponse : 40,6 %)	
Logement personnel	55,1
Hébergement chez famille ou ami·es	61,2
Hébergement institutionnel ou militant	60,3
Squat ou bidonville	57,7
À la rue ou hébergement d'urgence	58,3
Situation administrative au regard du séjour (taux de réponse : 33,5 %)	
Situation régulière	66,3
Situation irrégulière	60,3
Demande d'asile (taux de réponse : 36,6 %)	
Pas de demande d'asile	58,5
Dépôt ou tentative de dépôt	64,2

Lecture : 60,4 % des patient·es ne bénéficiant pas de couverture maladie ont présenté en 2025 au moins un diagnostic associé à une pathologie considérée comme chronique par le·a médecin.
AME : Aide médicale d'État.
PUMa : Protection universelle Maladie.

LA PRÉVALENCE DU VIH ET DES HÉPATITES VIRALES

Des dépistages du VIH et des hépatites virales B et C peuvent être proposés lors des entretiens de prévention DSSR. En 2025, 400 personnes ont ainsi bénéficié d'un dépistage du VIH, parmi elles trois ont eu un résultat positif (0,8 %, deux femmes et un homme). Pour le virus de l'hépatite B, 513 personnes ont bénéficié d'un dépistage, parmi elles 15 étaient positives (3,0 %, dont 3 femmes et 12 hommes). Enfin, pour le virus de l'hépatite C, 515 personnes ont bénéficié d'un dépistage, parmi elles cinq étaient positives (1,0 %, tous les résultats positifs étaient des hommes).

LES RETARDS DE RECOURS AUX SOINS

Au cours de l'année, plus d'un tiers des patient·es (38,4 %) ont présenté au moins une pathologie pour laquelle le médecin a jugé qu'elle aurait dû être traitée plus tôt (*table 7*). Ce taux de retard de recours aux soins était similaire pour les hommes et les femmes, plus faible pour les personnes mineures et plus élevé pour les patient·es ayant présenté au moins un diagnostic de pathologie chronique en 2025. Les patient·es ne bénéficiant pas d'une couverture maladie et ceux en situation administrative irrégulière au regard du séjour ont également été plus nombreux·ses à présenter un retard de recours aux soins.

TABLE 7 - PATIENT·ES REÇU·ES EN CONSULTATIONS DE MÉDECINE GÉNÉRALE DANS UN CENTRE FIXE AVEC AU MOINS UN RETARD DE RECOURS AUX SOINS EN 2025 SELON CERTAINS DÉTERMINANTS DE SANTÉ

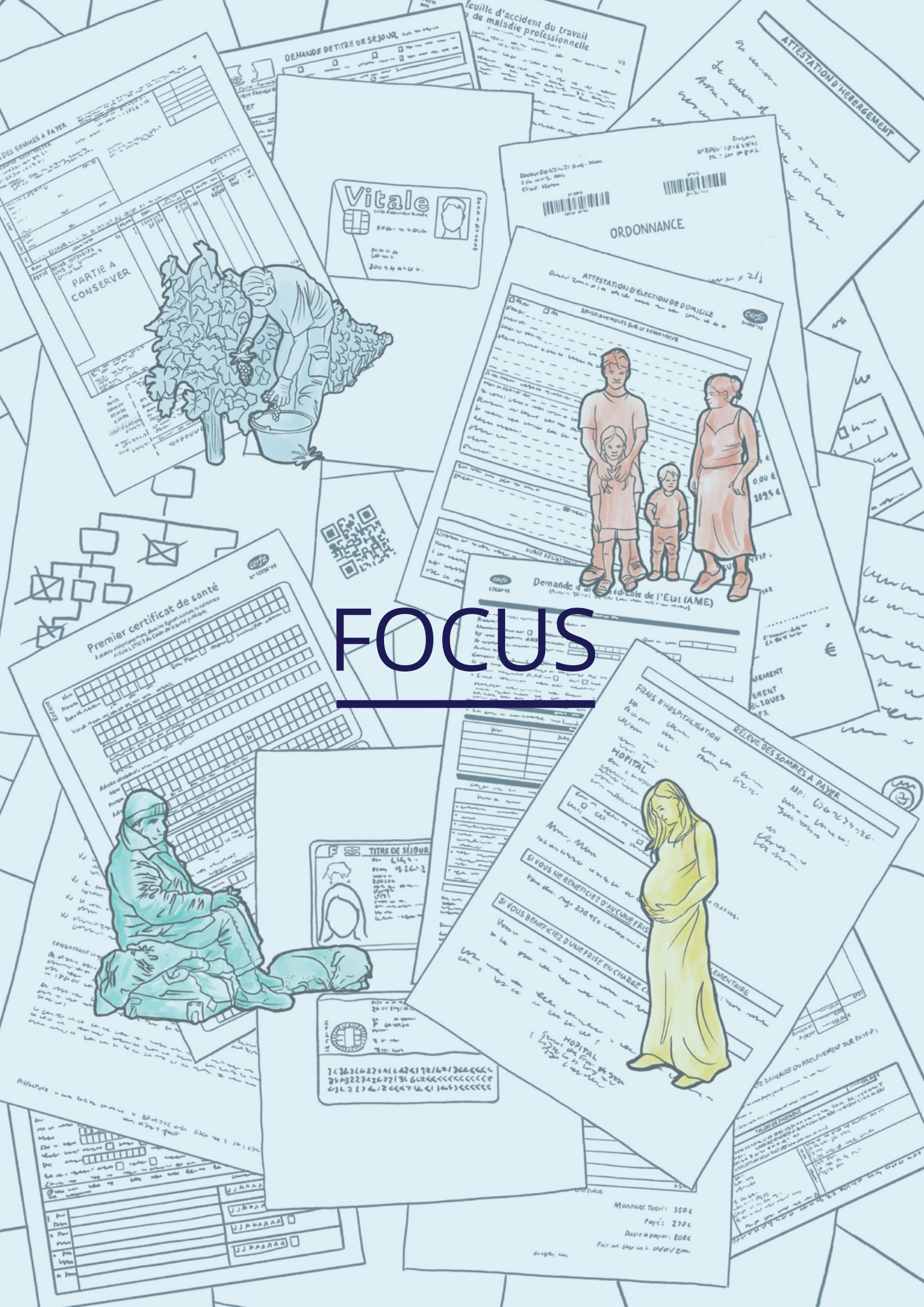
	% patient·es avec retard de recours aux soins
Ensemble des patient·es (taux de réponse : 48,4 %)	38,4
Genre (taux de réponse : 48,4 %)	
Femmes	37,8
Hommes	38,8
Âge (taux de réponse : 48,4 %)	
< 18 ans	23,4
18-39 ans	40,3
40-59 ans	38,7
≥ 60 ans	43,9
Diagnostic de pathologie chronique en 2025 (taux de réponse : 46,9 %)	
Pas de pathologie chronique	27,1
Pathologie chronique	45,1
Droits effectifs à la couverture maladie en France (taux de réponse : 36,1 %)	
Couverture PUMa ou AME	36,0
Pas de couverture PUMa ou AME	39,7
Situation d'habitat (taux de réponse : 41,9 %)	
Logement personnel	35,9
Hébergement chez famille ou ami·es	38,0
Hébergement institutionnel ou militant	41,7
Squat ou bidonville	35,1
À la rue ou hébergement d'urgence	40,0
Renoncement à des soins au cours des 12 mois précédents (taux de réponse : 28,1 %)	
Pas de renoncement	39,4
Renoncement	41,5
Situation administrative au regard du séjour (taux de réponse : 34,6 %)	
Situation régulière	37,8
Situation irrégulière	40,7
Demande d'asile (taux de réponse : 37,9 %)	
Pas de demande d'asile	38,2
Dépôt ou tentative de dépôt	40,1

Lecture : En 2025, 38,8 % des hommes ont présenté un retard de recours aux soins pour au moins une pathologie lors de leurs consultations de médecine générale selon l'avis du médecin.
AME: Aide médicale d'État.
PUMa: Protection universelle Maladie.

URGENCE DE LA PRISE EN CHARGE

Un tiers des consultations de médecine générale étaient considérées par le·a médecin comme nécessitant une prise en charge assez urgente (32,1 %) et 5,5 % comme nécessitant une prise en charge urgente (taux de réponse : 47,4 %). Ces taux étaient similaires chez les hommes et les femmes, mais le caractère d'urgence augmentait avec l'âge des patient·es (jusqu'à 31,2 % de prises en charge assez urgentes et 9,3 % de prises en charge urgentes chez les patient·es de 60 ans et plus) et étaient plus faibles pour les patient·es bénéficiant de l'AME ou de la PUMa (30,4 % de consultations assez urgentes et 4,1 % urgentes).

Le retard de recours aux soins a un impact direct sur l'urgence de la prise en charge avec 42,7 % de consultations assez urgentes et 9,9 % urgentes chez les patient·es pour lesquels un retard de recours aux soins avait été observé au cours de l'année (contre 26,1 % de consultations assez urgentes et 2,6 % de consultations urgentes en l'absence de retard de recours aux soins, taux de réponse : 37,0 %).


FOCUS
Vitale
ORDONNANCE
ATTESTATION D'HÉBERGEMENT
Premier certificat de santé
TITRE DE SÉJOUR
RELEVÉ DES SOMMES À PAYER
FRAIS D'HOSPITALISATION
HOPITAL

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

SOMMAIRE

p. 64 **INTRODUCTION**

p. 67 **DU RENONCEMENT AUX SOINS, AUX PRATIQUES ET AUX SAVOIRS DES PERSONNES CONCERNÉES**

p. 70 **LE RENONCEMENT AUX SOINS : DES CHIFFRES 2025 QUI MONTRENT UNE RÉALITÉ FRÉQUENTE PARMI LES PERSONNES INTERROGÉES**

p. 73 **LES CAUSES ET MOTIFS DU RENONCEMENT**

p. 74 **Accès aux soins entravé par l'absence de prise en charge de frais de santé.**

p. 75 **Hiérarchisation de besoins imposée par les conditions de vie ou la situation de précarité**

p. 80 **Inadéquation des infrastructures et de l'organisation de l'offre de soins aux besoins des publics concernés**

p. 81 **Méconnaissance du système de soins français**

p. 82 **Des écarts entre les attentes des personnes et l'expérience de soins vécue**

p. 83 **Minimisation de la douleur et de la gravité de la maladie**

p. 85 **PRATIQUES PALLIATIVES POUR FAIRE FACE AUX PROBLÈMES DE SANTÉ MALGRÉ LE RENONCEMENT AUX SOINS**

p. 85 **Mobiliser des médicaments pour soulager la douleur**

p. 86 **Mobiliser des remèdes et savoirs traditionnels pour soulager les symptômes**

p. 87 **Le recours à l'alcool ou à des substances psychoactives**

p. 88 **ÉTAT DE SANTÉ ET CONSÉQUENCES DU RENONCEMENT AUX SOINS**

p. 89 **ÉTAT DE SANTÉ ET RETARDS DE RECOURS AUX SOINS**

p. 90 **CONSÉQUENCES DU RENONCEMENT, DU NON-RECOURS ET DES RETARDS DE RECOURS AUX SOINS SUR LA SANTÉ PSYCHIQUE ET SOMATIQUE**

p. 92 **MODALITÉS DE L'OFFRE DE SOINS EN PASS HOSPITALIÈRES ET EN PMI SELON LES ÉQUIPES MDM ET DES PROFESSIONNEL·LES DES STRUCTURES**

p. 94 LES PASS HOSPITALIÈRES : ACCUEILLIR, SOIGNER ET ORIENTER DANS UN SYSTÈME SOUS TENSION

p. 97 LES DIFFICULTÉS D'ACCÈS VUES PAR LES ÉQUIPES MDM

p. 97 Des PASS hospitalières aux ressources humaines variables

p. 98 Des offres de consultations aux modalités d'accès hétérogènes

p. 98 Réorientation et gestion des files d'attente

p. 99 Accès inégal aux consultations spécialisées, au plateau technique, et aux traitements

p. 100 Des articulations hospitalières parfois fragiles

p. 101 L'interprétariat professionnel insuffisamment disponible

p. 101 Un accueil jugé globalement positif malgré des discriminations persistantes

p. 102 POINTS DE VUE DE PROFESSIONNEL·LES DE PASS

p. 102 Des modalités d'accès et de priorisation très hétérogènes

p. 103 Un rôle fondamental pour les situations de post-urgences

p. 104 Une nécessaire adaptation de la prise en charge aux vulnérabilités des patient·es

p. 105 Des contraintes et inégalités persistantes dans l'accès aux soins spécialisés

p. 109 Des défis à relever pour une orientation effective des personnes en soins de ville

p. 114 L'errance administrative et résidentielle comme frein majeur à la continuité des soins

p. 115 Des financements et ressources insuffisants, entre usure et engagement des professionnel·les

p. 119 LES PMI : ENTRE MISSION UNIVERSELLE ET CONTRAINTES CROISSANTES

p. 123 DONNÉES RECUEILLIES AUPRÈS DES ÉQUIPES DE MDM SUR LES PMI AVEC LESQUELLES ELLES SONT EN LIEN

p. 124 POINTS DE VUE DE PROFESSIONNEL·LES DE PMI

p. 124 Une mission universelle de prévention dans une période déterminante pour la santé des femmes et des enfants

p. 130 Accès et repérage : comment assurer une mission universelle dans un contexte d'ultra précarité ?

p. 131 Orientation et travail partenarial pour l'accompagnement des publics vulnérables

p. 132 De très forts besoins en santé mentale face à des réponses considérablement affaiblies

p. 134 Stigmatisations et discriminations

p. 135 L'errance administrative et résidentielle comme déterminant de santé et frein majeur à la continuité des soins

p. 138 Souffrance, engagement, inventivité des professionnel·les de PMI

p. 143 FACTEURS FACILITANTS DU RECOURS AUX SOINS

p. 145 ADAPTER L'OFFRE DE SOINS AUX PERSONNES

p. 148 CONSTRUIRE UNE RELATION DE CONFIANCE FAVORABLE AU RECOURS AUX SOINS

p. 150 SÉCURISER LE PARCOURS GRÂCE À L'ACCOMPAGNEMENT

p. 151 LA COOPÉRATION ENTRE ACTEUR·RICES COMME CONDITION DE LA CONTINUITÉ DES SOINS

p. 155 DISCUSSION

p. 156 DES DISPOSITIFS ESSENTIELS MAIS FRAGILISÉS DANS LEUR CAPACITÉ À RÉDUIRE LES INÉGALITÉS DE SANTÉ

p. 159 LA QUALITÉ DE L'ACCOMPAGNEMENT COMME LEVIER DU RECOURS AUX SOINS : DES EFFETS LIMITÉS PAR LES DÉTERMINANTS STRUCTURELS

p. 161 LA COORDINATION TERRITORIALE COMME CONDITION DE L'ACCÈS ET DE LA CONTINUITÉ DES PARCOURS DE SOINS

p. 164 RECOMMANDATIONS

p. 165 À L'ATTENTION DES INSTITUTIONS ET FINANCEURS : MINISTÈRES, ARS, CNAM, PRÉFECTURES, COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

p. 169 À L'ATTENTION DES PROFESSIONNEL·LES DE SANTÉ ET DU SOCIAL, DES PASS, PMI ET ASSOCIATIONS

TABLE DES ENCARTS

p. 75 RECOURS AUX SOINS ET MAL-LOGEMENT À LA RÉUNION : « LES MÉDECINS NE COMPRENNENT PAS QUAND ON SOUFFRE »

p. 78 RENONCER AUX SOINS FAUTE DE LOGEMENT : SITUATIONS SANITAIRES COMPLEXES A STRASBOURG, LE REGARD DE LA MISSION MOBILE

p. 94 CADRE LÉGAL & ÉVOLUTION HISTORIQUE DES PASS HOSPITALIÈRES

p. 96 DES ORIENTATIONS POLITIQUES QUI TENDENT A TOUJOURS PLUS EXCLURE LES PLUS PRÉCAIRES, NOTAMMENT LES ÉTRANGER·ES, DE L'ACCÈS AUX SOINS

p. 111 LES PASS DE VILLE : UN « NOUVEAU » DISPOSITIF POUR FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS DE VILLE POUR LES PERSONNES EN PRÉCARITÉ

p. 112 PASS DE VILLE DE METZ : UNE RÉPONSE TERRITORIALE AUX RUPTURES D'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS POUR FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS EN VILLE DES PERSONNES EN GRANDE PRÉCARITÉ

p. 120 CADRE LÉGAL & ÉVOLUTION HISTORIQUE DES PMI

p. 121 LES CENTRES DE SANTÉ SEXUELLE

p. 127 SERVICES DE PMI ET HABITANT·ES DE BIDONVILLES EN SEINE-SAINT-DENIS : DES PARCOURS FACILITÉS PAR LA MÉDIATION EN SANTÉ, MALGRÉ DES OBSTACLES PERSISTANTS

p. 139 À MAYOTTE, LA PMI EN PREMIÈRE LIGNE POUR RÉDUIRE LES INÉGALITÉS DE SANTÉ MATERNO-INFANTILE

p. 140 À MAYOTTE, UNE GRANDE PARTIE DES FEMMES QUI VIENNENT EN PMI ONT TRÈS PEUR DE SE DÉPLACER. C'EST À NOUS D'ALLER AU PLUS PROCHE D'ELLES

p. 153 PROJET E.CARE : UN DISPOSITIF DE COORDINATION DES PARCOURS DE SOINS PORTÉ PAR LE CHU DE TOULOUSE

INTRODUCTION

Les difficultés d'accès à la santé des personnes en situation de très grande précarité en France sont insuffisamment documentées. Au-delà de la question de l'existence d'une offre de santé ou de l'ouverture de droits, de nombreuses personnes continuent de rencontrer des obstacles importants pour accéder effectivement aux soins dont elles ont besoin et maintenir une continuité de prise en charge. Ces difficultés concernent particulièrement les personnes confrontées à des situations de grande précarité économique, sociale, administrative ou résidentielle, pour lesquelles l'accès aux soins repose souvent sur quelques dispositifs publics dont les moyens alloués sont régulièrement remis en question.

Parmi ces dispositifs, les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) hospitalières et les services de Protection maternelle et infantile (PMI) occupent une place singulière. Les PASS hospitalières ont pour mission de garantir l'accès aux soins des personnes les plus éloignées du système de santé et d'accompagner leur orientation vers les dispositifs de droit commun. Les PMI assurent quant à elles une mission universelle de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement des femmes enceintes, des enfants et de leurs familles. À des titres différents, ces deux services publics constituent souvent des portes d'entrée essentielles dans le système de santé pour des personnes qui rencontrent de multiples obstacles à l'accès aux soins.

Pourtant, les équipes de Médecins du Monde observent depuis plusieurs années des difficultés croissantes dans le recours à ces dispositifs et dans les parcours de soins qui leur sont associés : saturation de certaines structures, difficultés d'accès aux consultations spécialisées, allongement des délais, complexification des situations administratives, difficultés d'orientation, insuffisance de certaines ressources indispensables. Dans le même temps, les professionnel·les des PASS hospitalières et des PMI sont confronté·es à des contraintes de plus en plus importantes pour assurer leurs missions auprès de publics dont les besoins sociaux et sanitaires apparaissent eux-mêmes en augmentation.

Ce constat conduit à s'intéresser à la notion d'accès effectif aux soins. **Par accès effectif aux soins, nous entendons la possibilité réelle, pour une personne, d'obtenir les soins dont elle a besoin au moment opportun, dans des conditions adaptées à sa situation et sans obstacles importants. Cette notion inclut le premier accès aux soins, mais également l'accès aux examens, aux traitements, aux orientations nécessaires et à la continuité des prises en charge.** Elle invite à dépasser une approche centrée sur les seuls droits théoriques ou sur la disponibilité de l'offre pour s'intéresser aux conditions concrètes dans lesquelles les personnes accèdent – ou n'accèdent pas – aux soins.

Dans cette perspective, ce focus poursuit plusieurs objectifs. Il vise d'abord à mettre en évidence les conséquences des difficultés d'accès aux soins sur les parcours et l'état de santé des personnes concernées, notamment en matière de renoncement aux soins, de retards de prise en charge, de recours aux soins et d'aggravation des pathologies chroniques (chapitres 1 et 2 du présent focus). Il cherche également à documenter les difficultés rencontrées dans l'accès aux PASS hospitalières et aux PMI, ainsi que les enjeux auxquels sont confronté·es les professionnel·les de ces structures dans l'accompagnement et l'orientation des patient·es (chapitre 3). Il cherche également à identifier les pratiques et organisations qui favorisent l'accès aux soins et la continuité des parcours (chapitre 4). Les principaux résultats sont ensuite discutés à la lumière de la littérature scientifique afin d'en dégager les principaux enseignements et enjeux pour la réduction des inégalités d'accès aux soins (chapitre 5). Enfin, il entend contribuer à la défense de services publics de santé accessibles, accueillants et non discriminants, en formulant des recommandations construites à partir des constats des personnes concernées, des professionnel·les et des équipes de terrain (chapitre 6).

Afin d'éclairer les difficultés d'accès aux soins rencontrées par les personnes accompagnées par Médecins du Monde, ce focus repose sur une étude composée de trois volets complémentaires menés entre novembre 2025 et mai 2026[1].

Le premier volet porte sur les situations de renoncement aux soins afin de mieux comprendre leur fréquence, leurs déterminants et les stratégies mises en œuvre par les personnes concernées pour préserver leur santé malgré les difficultés rencontrées. Il repose sur un questionnaire quantitatif administré à 206 personnes accueillies par les équipes MdM dans 10 projets répartis dans huit régions où MdM est présente, complété par la collecte et l'analyse de 13 entretiens semi-directifs menés auprès de personnes ayant renoncé aux soins. Si les questionnaires permettent de documenter quantitativement les différentes dimensions du renoncement (profils des personnes concernées, motifs de renoncement, etc.) du point de vue des équipes MdM, l'analyse des entretiens semi-directifs contribue à une compréhension fine des mécanismes, expériences et dynamiques qui peuvent ou non conduire au renoncement à partir du point de vue des personnes concernées.

Le deuxième volet vise à documenter la fréquence des maladies chroniques et des retards de recours aux soins. Des données médicales de 690 patient·es ont été recueillies lors des **consultations de routine dans 7 régions où MdM est présente (8 projets).**

Le troisième volet porte sur les modalités d'accès aux PASS hospitalières et aux services de PMI, en s'intéressant à la fois aux conditions réelles d'accès observées par les équipes de Médecins du Monde et aux pratiques des professionnel·les exerçant dans ces structures. Il s'appuie sur les méthodes qualitative et quantitative d'enquête :

- Un questionnaire concernant les PASS et un autre concernant les PMI renseignés par des équipes MdM (17 projets) dans 12 régions où MdM est présente : ces questionnaires concernent 38 PASS hospitalières et 13 PMI.
- 11 entretiens semi-directifs réalisés auprès de 15 professionnel·les de 6 PASS hospitalières et 5 PMI.

Nous avons voulu, par cette diversité des sources, croiser les données, les données médicales, les points de vue, les expériences et perceptions des différent·es acteur·rices, personnes concernées, professionnel·les de ces services publics que sont les PASS et PMI et de nos équipes de terrain.

En articulant ces différentes méthodes et points de vue, ce focus vise à documenter non seulement les obstacles rencontrés dans les parcours de soins de premier recours, mais également leurs effets sur l'état de santé des personnes. Il permet ainsi d'appréhender les enjeux d'accès aux soins à plusieurs niveaux : du fonctionnement des structures et des services de santé aux expériences vécues par les personnes concernées, jusqu'aux répercussions observées sur leur santé.

1 Pour une description complète de la méthodologie de l'étude, voir l'annexe 3 méthodologie du Focus p. 180.

CHAPITRE 1

DU RENONCEMENT AUX SOINS, AUX PRATIQUES ET AUX SAVOIRS DES PERSONNES CONCERNÉES

Selon (Warin 2014), **le non-recours** renvoie à toute personne qui, en tout état de cause, ne bénéficie pas d'une offre publique, de droits et de services, à laquelle elle pourrait prétendre. Il décrit le constat de besoins non satisfaits.

Le renoncement aux soins, défini **comme le fait de ne pas consulter malgré un besoin de santé identifié, est un indicateur majeur des inégalités d'accès**[2]. L'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) distingue deux formes. D'une part, le **« renoncement-barrière »** désigne toute situation dans laquelle une personne se heurte à un ensemble de contraintes qui l'empêchent d'accéder aux soins dont elle a besoin (*Desprès et al., 2011*) ; telles que le coût, l'absence de couverture complémentaire, le refus de soins, etc. Il apparaît moins comme un choix véritablement délibéré que comme un choix contraint, la personne étant amenée à arbitrer entre ses différentes priorités en fonction des ressources dont elle dispose (*Poirot-Mazères 2021*). À travers cette forme de renoncement, c'est l'efficacité du système de protection sociale et l'organisation de l'offre de soins qui sont directement interrogées, dans la mesure où elles peuvent produire ou renforcer des obstacles à l'accès aux soins, et notamment d'ordre financier.

En effet, lorsque l'accès financier est garanti, la distance au système de santé tend à se réduire ; à l'inverse, l'incertitude économique et l'accumulation des contraintes favorisent une limitation du recours aux soins. Confrontées de manière répétée à ces obstacles, certaines personnes finissent par intégrer ces contraintes à leurs pratiques ordinaires de santé et par ne plus exprimer des besoins de soins pourtant bien réels. Cette dynamique peut conduire à une forme d'autolimitation du recours, caractérisée par le report des consultations et la banalisation de certains symptômes, qu'il est important de prendre en compte afin d'aborder les entretiens semi-directifs entrepris.

À terme, ces comportements peuvent être intériorisés et se transmettre au sein des milieux sociaux et familiaux. Le renoncement aux soins ne résulte alors plus seulement de contraintes ponctuelles, mais s'inscrit dans des dispositions durables qui orientent les pratiques de santé.

D'autre part, **le « renoncement-refus »** se distingue du renoncement-barrière et de la condition d'une contrainte externe, et se caractérise par l'expression d'un refus qui porte sur des soins spécifiques ou sur le système de santé plus généralement. De fait, il traduit une défiance à l'égard de l'institution sanitaire : une perception de son inadéquation aux besoins réels de la personne concernée, de son incapacité à y répondre de façon satisfaisante, voire de son inutilité (*Desprès et al., 2011*). Dans les pratiques de soin des personnes concernées, ce refus peut s'exprimer par le recours à l'automédication, l'adoption de médecines alternatives ou complémentaires, l'arrêt volontaire de traitements conventionnels, ou encore la construction d'une logique préventive autonome substituée à la relation médicale ordinaire.

Cette forme de renoncement émerge fréquemment à la suite d'expériences médicales vécues comme dégradantes, humiliantes ou inadéquates. Lorsqu'elles se répètent, elles peuvent engendrer une rupture durable avec le système de soins.

Par conséquent, ces deux formes de renoncement ne s'excluent pas. Elles s'articulent souvent dans un continuum de pratiques qui traduit la complexité des interactions entre les individus et le système de santé. Une barrière répétée finit parfois par nourrir un refus ; un refus initial peut, à son tour, aggraver l'éloignement structurel.

Par ailleurs, les barrières socio-économiques auxquelles sont confrontées les personnes concernées dans leur parcours de soin ne définissent pas à elles seules les modalités de renoncement aux soins. En effet, le système de santé produit lui aussi des discriminations dans la pratique médicale et dans la prise en charge des personnes concernées, en lien avec leur genre, leur race, leurs conditions sociale, physique et mentale. Ces discriminations aux dimensions intersectionnelles constituent un facteur majeur de renoncement aux soins.

2 Le non-recours renvoie à un besoin de santé non satisfait du point de vue de l'observateur·rice ou du·de la professionnel·le, tandis que le renoncement renvoie à un besoin de soins non satisfait tel qu'il est perçu et déclaré par la personne concernée.

En France, 4,4 % de la population déclarait en 2020 avoir renoncé à un examen ou traitement (*Lapinte 2023*). Ce phénomène, aggravé par la précarité et la faible densité médicale, résulte d'une combinaison de facteurs sociaux, territoriaux et institutionnels (*Blanco-Cazeaux 2023 ; Chaupain-Guillot, Guillot, et Jankeliowitch-Laval 2014 ; IRDES 2018*). Il peut concerner les individus eux-mêmes, leurs enfants ou adultes à charge, et se répéter pour différents soins. Les personnes sans domicile ou migrantes sont particulièrement à risque de renoncer à des soins (*Fabrique territoires santé 2025 ; Médecins du Monde 2022*).

Les données quantitatives récoltées dans le cadre de ce focus du Rapport de l'Observatoire de l'accès aux soins en France de MdM permettent d'illustrer les caractéristiques socio-démographiques des répondant·es et les situations de renoncement aux soins. Les résultats issus des entretiens semi-directifs mettent en lumière la complexité du renoncement (barrière et refus) aux soins à travers les expériences de soins des personnes concernées, leurs interactions avec les professionnel·les de santé et les différentes structures de santé, ainsi que des stratégies d'adaptation qu'elles mettent en place.

01

LE RENONCEMENT AUX SOINS : DES CHIFFRES 2025 QUI MONTRENT UNE RÉALITÉ FRÉQUENTE PARMI LES PERSONNES INTERROGÉES

LES POINTS ESSENTIELS

Les éléments présentés ci-dessous sont les principaux enseignements de l'enquête quantitative auprès des personnes concernées par le renoncement aux soins.

- **41 % des personnes interrogées déclarent avoir déjà renoncé à des soins.**
- **Parmi les personnes concernées, 50 % ont renoncé à plusieurs reprises à des soins,** pour un même problème de santé (21 %) ou pour différents problèmes de santé (29 %).
- **Les principaux motifs de renoncement sont le coût des soins (37 %), l'absence d'assurance maladie ou de documents nécessaires (36 %) et la crainte d'avoir à payer (24 %).**

Une enquête a été menée par les équipes MdM auprès des personnes accueillies pendant 2 mois en 2025 (*Cf. annexe 3. méthodologie du focus p. 180*). Parmi les 206 personnes différentes ayant répondu au questionnaire, **41 % (IC 95 % : 34–48) déclarent avoir déjà renoncé à des soins**. Les analyses portent sur ces 84 personnes. Dans la grande majorité des cas (90 % ; IC 95 % : 82–95), le renoncement concerne la personne elle-même. Sur les 76 répondant·es à cette question, 39 % déclarent avoir renoncé une seule fois à des soins, tandis que 50 % déclarent y avoir renoncé à plusieurs reprises, que ce soit pour un même problème de santé (21 %) ou pour différents problèmes de santé (29 %).

Les principaux motifs de renoncement relèvent d'obstacles financiers et administratifs : le coût jugé trop élevé des soins (37 %), l'absence d'assurance maladie et/ou des documents nécessaires (36 %) et la crainte d'avoir à payer (24 %). D'autres difficultés sont également évoquées, notamment le fait de ne pas savoir où se rendre pour être soigné·e (15 %). Les expériences négatives antérieures avec le système de santé (8 %) ou la nécessité de prioriser d'autres besoins essentiels (8 %) sont également mentionnées comme facteurs de renoncement.

TABLE 2 - CARACTÉRISTIQUES DU RENONCEMENT AUX SOINS DÉCLARÉES PAR LES 205 PERSONNES REÇUES PAR MdM EN 2025

Variables	% [IC 95 %][3]	N
Renoncement	**41 % [34 % - 48 %]**	**84**
Analyses suivantes réalisées parmi les 84 personnes ayant déclaré un renoncement		
Personne concernée par le renoncement		
La personne elle-même	**90 % [82 % - 95 %]**	**76**
Enfant ou adulte dont elle a la charge	**5 % [2 % - 12 %]**	**4**
Ne sait pas	5 % [2 % - 12 %]	4
Fréquence du renoncement sur les 12 derniers mois		
Analyses suivantes réalisées parmi les 76 personnes ayant répondu à cette question		
Une fois pour un problème de santé	39 % [29 % - 51 %]	30
Plusieurs fois pour un même problème de santé	21 % [13 % - 31 %]	16
Plusieurs fois pour différents problèmes de santé	29 % [20 % - 40 %]	22
Ne sait pas / Ne souhaite pas répondre	11 % [5 % - 19 %]	8
Raisons du renoncement (plusieurs réponses possibles => total > 100 %)		
Parce que c'était trop cher	37 % [27 % - 48 %]	31
Parce que je n'ai pas d'assurance maladie et/ou pas les papiers nécessaires	36 % [26 % - 46 %]	30
Parce que j'ai peur d'avoir à payer	24 % [16 % - 34 %]	20
Autre	18 % [11 % - 27 %]	15
Parce que je ne savais pas où aller	15 % [9 % - 25 %]	13
Parce que j'ai des choses plus importantes à faire comme me loger ou penser à l'alimentation	8 % [4 % - 16 %]	7
Parce que j'ai déjà reçu un mauvais accueil ou prise en charge avant	8 % [4 % - 16 %]	7
Je ne sais pas	5 % [2 % - 12 %]	4
Parce que j'avais peur qu'on refuse de me soigner	5 % [2 % - 12 %]	4
À cause de la langue	5 % [2 % - 12 %]	4
Parce que c'était trop loin	4 % [1 % - 10 %]	3
Parce que j'avais peur de me déplacer, peur d'un contrôle, peur de la police	2 % [1 % - 8 %]	2
Parce que les délais pour avoir un rendez-vous étaient trop longs	2 % [1 % - 8 %]	2
Je ne souhaite pas répondre	1 % [0 % - 6 %]	1

3 Intervalle de confiance à 95 % : il indique la précision du pourcentage estimé et contient, avec un niveau de confiance de 95 %, la proportion réelle parmi les personnes reçues par MdM. Sa largeur dépend notamment de l'effectif.

Lecture : Parmi les 205 personnes ayant répondu au questionnaire, 41 % déclarent avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois (n = 84).

La proportion de personnes déclarant un renoncement aux soins ne diffère pas significativement selon le genre (43 % des femmes contre 40 % des hommes) ni selon la présence d'enfants à charge (47 % contre 38 %). De même, aucune différence significative n'est observée selon le genre concernant la fréquence du renoncement ou les motifs invoqués. En revanche, parmi les personnes ayant déclaré un renoncement aux soins, celles ayant des enfants à charge sont significativement plus nombreuses à rapporter avoir renoncé à plusieurs reprises pour un même problème de santé (47 % contre 11 % ; p = 0,002).

02

LES CAUSES ET MOTIFS DU RENONCEMENT

LES POINTS ESSENTIELS

Les points ci-dessous synthétisent les principaux enseignements tirés des entretiens réalisés auprès de personnes concernées par le renoncement aux soins.

- **L'absence de prise en charge des frais de santé et les difficultés d'ouverture ou de maintien des droits** ainsi que la crainte d'avoir à supporter des frais ou de recevoir une facture, constituent l'un des principaux facteurs de renoncement aux soins.
- Les contraintes liées à la précarité conduisent de nombreuses personnes à hiérarchiser leurs besoins et à **faire passer les soins après le logement, l'alimentation, la sécurité ou la prise en charge de proches.**
- Le renoncement aux soins résulte aussi d'une **inadéquation entre l'organisation de l'offre de soins et les réalités de vie des personnes en situation de précarité.**
- **Les expériences négatives de soins, les refus de prise en charge, les discriminations, le manque d'écoute ou les violences vécues** peuvent fragiliser durablement la confiance dans le système de santé et décourager le recours aux soins.
- **La méconnaissance du système de santé et la tendance à minimiser certains problèmes de santé** conduisent aussi à différer les soins jusqu'à une aggravation parfois importante de l'état de santé.

L'enquête qualitative, conduite simultanément à l'enquête quantitative et donc non influencée par ses résultats, a également confirmé que **l'absence de prise en charge des frais de santé constituait l'un des principaux déterminants du renoncement aux soins**. Elle a par ailleurs mis en lumière d'autres facteurs clés et permis d'en approfondir la compréhension, notamment **la hiérarchisation des besoins, l'inadaptation de certaines structures aux situations rencontrées, la méconnaissance du système de santé français, les écarts entre les attentes des personnes et leur expérience effective des soins, ainsi que la tendance à minimiser la gravité des problèmes de santé.**

ACCÈS AUX SOINS ENTRAVÉ PAR L'ABSENCE DE PRISE EN CHARGE DE FRAIS DE SANTÉ

L'une des principales causes de renoncement évoquées par les personnes interviewées est l'absence d'une prise en charge des frais de santé par l'État ou d'une complémentaire mutuelle. Les personnes affirment renoncer notamment par crainte de devoir payer pour les soins alors qu'elles se retrouvent dans des situations de forte précarité économique. Les retards et difficultés rencontrés dans l'ouverture des droits et la prise en charge des frais de santé constituent un facteur important de découragement et de non-recours aux soins :

> *Il y a des personnes qui renoncent à des soins alors que ça nécessiterait une prise en charge urgente et on en rencontre quand même aussi régulièrement. […] Je peux prendre l'exemple d'une personne qu'on connaît depuis très longtemps […] qui est de nationalité polonaise qui est arrivée en France sans aucun document administratif qui était sans domicile fixe et ça a été très compliqué en fait de lui faire accéder à l'AME pour la première fois en raison de l'absence de documents d'identité. Donc déjà ça a été compliqué, donc c'est quelqu'un qui renonçait aux soins régulièrement.*
> **(intervenant·e associatif·ve)**

En effet, **la complexité et la lourdeur des procédures administratives peuvent alors constituer en soi un facteur déterminant de renoncement aux soins**. La nécessité de réitérer des démarches souvent longues et complexes s'avère particulièrement dissuasive pour les individus concerné·es :

> *C'est compliqué parce que la sécurité [sociale à l'étranger] demandait un devis. Et moi, à chaque fois que je me présentais à l'hôpital et ça, c'était vraiment galère, [on me] demandait toujours un devis […] c'est galère avec la sécurité, les documents qu'ils demandent et tout ça. J'ai laissé tomber et à un certain moment ils ont dit non, non, il faut absolument que je sois prise en charge parce que le taux du sucre augmentait.*
> **(femme ayant renoncé aux soins)**

> *Au final, j'y suis allé car j'ai eu un infarctus et une embolie — les deux en même temps — et j'ai été hospitalisé pendant quinze jours. Ensuite, on m'a expliqué que, comme je n'avais pas de Carte Vitale et que je n'avais ni famille en [pays étranger] ni argent pour retourner dans mon village demander un acte de naissance, je ne pouvais pas consulter un cardiologue. En [pays étranger], l'acte de naissance n'est utilisé qu'une seule fois, pour faire la carte d'identité ; ensuite, il ne sert plus. Mon médecin aurait dû m'orienter vers un cardiologue, mais lui aussi était bloqué : comme je n'avais pas de droits ouverts, il ne pouvait pas me faire cette demande.*
> **(traduit de l'espagnol — homme ayant renoncé à des soins)**

Compte tenu des difficultés à financer les examens et traitements médicaux, certaines personnes évaluent leur pertinence et leur nécessité en s'appuyant par exemple sur les informations disponibles sur Internet avant de décider de les faire :

> *En fait, je regardais les ordonnances, je cherchais sur Internet et je me disais par exemple une prise de sang qui vient de m'être prescrite, cela pas fait longtemps, ça ne doit pas être catastrophique si je ne la fais pas ce mois-là. Donc je disais par exemple, je vais faire ça un mois sur deux et ça je regardais surtout sur Internet pour me renseigner et dire que ça c'est important, ça ce n'est pas grand-chose si je ne le fais pas.*
> **(femme ayant renoncé aux soins)**

Si les difficultés liées à l'ouverture des droits et à la prise en charge des frais de santé jouent un rôle important dans le renoncement aux soins, elles s'ajoutent souvent à d'autres difficultés du quotidien.

HIÉRARCHISATION DE BESOINS IMPOSÉE PAR LES CONDITIONS DE VIE OU LA SITUATION DE PRÉCARITÉ

RECOURS AUX SOINS ET MAL-LOGEMENT À LA RÉUNION : « LES MÉDECINS NE COMPRENNENT PAS QUAND ON SOUFFRE »

La Réunion se caractérise par des inégalités sociales marquées ainsi qu'une importante précarité, avec 36 % de la population vivant sous le seuil de pauvreté, contre 14 % dans l'Hexagone. Parmi ces ménages, 13,5 % sont en situation de grande pauvreté, une réalité qui touche plus fortement les personnes seules ainsi que les familles monoparentales. Ces inégalités se traduisent notamment par un mal-logement durable (*Fondation pour le logement 2025*) : environ 143 000 Réunionnais·es, soit 16 % de la population, sont concernées par des situations de non ou de mal-logement, dont près de 3 000 personnes sans domicile, tandis que 18 000 vivent dans des habitats indignes.

En ce sens, le mal-logement constitue un déterminant de santé majeur qui complexifie les trajectoires de recours aux soins et impacte les demandes en matière de santé. Le non-accès à un logement pérenne conduit à reléguer la santé au second plan, tandis que les situations d'instabilité favorisent une absence de recours aux soins. L'ensemble des fragilités économiques et sociales, qu'elles soient individuelles ou structurelles, sont susceptibles d'influencer les temporalités de recours, entre recours différé ou renoncement partiel, voire total.

Aux fragilités économiques et sociales s'ajoute un paysage territorial complexe qui structure les parcours de soins. L'offre de soins à La Réunion reste largement concentrée dans les zones urbaines et littorales, tandis que les Hauts[4] et les zones rurales connaissent un isolement relatif, renforçant les inégalités d'accès. Les quatre principaux établissements hospitaliers, centre hospitalier universitaire (CHU) Nord, CHU Sud, le Centre Hospitalier Ouest Réunion (CHOR) et le Groupe Hospitalier Est Réunion (GHER), se répartissent l'offre spécialisée sur l'île. Toutefois, l'insuffisance du réseau de transports collectifs limite l'accessibilité pour les populations à faibles ressources économiques ou résidant en périphérie. L'accès aux soins devient ainsi fortement dépendant des capacités de mobilité individuelle.

Le contexte à Saint-Leu : entre contraintes territoriales et disparités de l'offre médicale

Saint-Leu fait partie des communes éloignées des hôpitaux et se caractérise par des ressources sanitaires et des établissements de soins peu présents. L'implantation des dispositifs médico-sociaux insuffisante ou balbutiante limite l'accès effectif aux droits et aux soins : la PASS, tout comme l'équipe mobile psychiatrie et précarité (EM2P), interviennent seulement une fois par mois sur le territoire. L'équipe mobile santé précarité (EMSAP), propose un accompagnement de courte durée, peu compatible avec des parcours marqués par l'instabilité résidentielle ou l'errance.

Par ailleurs, l'accompagnement social repose sur une pluralité d'acteur·rices, en premier lieu le centre communal d'action sociale (CCAS). Son fonctionnement en silo et son accès basé principalement sur des rendez-vous peuvent toutefois constituer un frein pour des personnes isolées géographiquement ou éloignées socialement des structures.

Le café de rue, une approche de médiation en santé face au non-recours

Dans le cadre de ses activités à Saint-Leu, Médecins du Monde a expérimenté, entre mai 2023 et février 2026, en partenariat avec le Secours Catholique, un « café de rue » conçu comme un espace de convivialité et de médiation en santé. Ce lieu d'échange et de soutien a permis de faire émerger des questions et des demandes sur la santé, et de proposer un accompagnement de proximité par une équipe de bénévoles médiateur·rices. En parallèle, des activités collectives ont été organisées, favorisant le lien social et un mieux-être global.

En novembre 2024, lors d'un « ron kozé[5] » réalisé avec neuf personnes du café de rue, en situation de mal-logement (personnes vivant dans la rue, en squat, en habitat indigne, ou hébergées chez un tiers), les échanges ont apporté des éclairages sur les **mécanismes de la non-demande et du non-recours**. Les verbatims de cette section sont issus de ces échanges.

En effet, les propos recueillis mettent en lumière qu'un **recours aux soins apparaît souvent tardif, motivé principalement par la douleur ou l'urgence** plutôt

4 Le terme «Hauts» est employé pour désigner l'ensemble des sites non littoraux : un espace couvrant l'essentiel de l'île et dont le relief est escarpé.
5 Discussion, débat autour d'un thème défini.

que par la prévention. La « peur du diagnostic », la complexité ressentie des démarches et les ruptures de droits susceptibles d'engendrer un reste à charge ont fréquemment été évoqués. Par exemple, une personne rapporte : « *Je n'irais pas au médecin si mes papiers n'étaient plus à jour car sinon je devrais payer* ».

Le **sentiment de non-reconnaissance** dans la relation médicale peut également contribuer à une mise à distance des soins. Une autre personne témoigne : « *Les médecins ne comprennent pas quand on souffre, généralement ils s'en fichent. Ils ne prennent pas la peine de lire les examens complémentaires. Le médecin ne me connaît pas du tout. J'ai dû aller au centre de la douleur par moi-même.* »

Certaines personnes expriment aussi des appréhensions à consulter seules, liées notamment à la crainte de ne pas comprendre les informations transmises : « […] j'ai peur d'y aller tout seul, de ne pas comprendre ce que le médecin va me dire ». Cette crainte renvoie plus largement à des inégalités dans la maîtrise des codes langagiers et des normes propres à l'univers médical, qui peuvent rendre les interactions asymétriques et parfois difficiles à investir. Elle peut également s'inscrire dans des expériences antérieures où **les échanges avec les professionnel·les de santé ont été perçus comme peu accessibles ou insuffisamment explicites**. Cette distanciation, qui s'ancre à la fois dans des dimensions physiques, relationnelles et aux modalités de prise en soin ou de diagnostic, se traduit également par un recours privilégié à des pratiques médicinales locales. Celles-ci, issues de la médecine traditionnelle largement répandue dans la population réunionnaise générale renvoient à **d'autres formes de prise en charge de la santé et d'auto-soin**. Un·e participant·e au ron kozé explique ainsi : « Je ne vais pas au médecin, je préfère prendre des tisanes. Le médecin va me faire perdre du temps avec des examens complémentaires et des médicaments, alors que les plantes vont vite. » Un·e autre souligne l'importance des transmissions familiales dans ces pratiques : « […] je préfère me soigner avec les plantes. Mon grand-père et mon père se soignaient avec les plantes et les tisanes, c'est plus efficace. » Ces usages traduisent une perception différente de la médecine allopathique et de la médecine traditionnelle, en termes de légitimité thérapeutique et de temporalité du soin.

En conclusion

Les échanges du café de rue montrent que, pour les personnes en situation de mal-logement, l'accès aux soins est profondément façonné par une combinaison de contraintes matérielles, de distances symboliques et de vécus relationnels difficiles.

Ces éléments invitent à interroger la manière dont les institutions médicales et sociales peuvent mieux reconnaître les savoirs profanes, sécuriser la relation de soin et adapter leurs modes d'accueil afin de réduire cette distance et favoriser un recours précoce et confiant aux soins.

Dans l'enquête quantitative, 9 % des personnes ayant renoncé à des soins déclarent avoir privilégié d'autres besoins jugés plus importants, tels que le logement ou l'alimentation. Les entretiens permettent d'éclairer les arbitrages auxquels les personnes sont confrontées dans leur quotidien.

Au-delà des représentations de la maladie ou des difficultés d'accès au système de santé, les récits recueillis mettent en évidence le poids des contraintes liées aux conditions de vie dans les situations de renoncement aux soins. **Pour les personnes vivant en situation de précarité, les impératifs de survie quotidienne (se mettre en sécurité, se loger, se nourrir), la prise en charge de proches ou encore certains troubles psychiques peuvent constituer autant d'obstacles à l'engagement dans un parcours de soins.** Ces contraintes conduisent fréquemment à faire passer les enjeux de santé au second plan. Dans ce contexte, le recours aux soins ambulatoires est parfois préféré à l'hospitalisation, qui apparaît incompatible avec les impératifs de la vie à la rue. Les intervenant·es font ainsi état de **refus d'hospitalisation liés à la peur de perdre ses effets personnels, mais aussi sa place habituelle, éléments essentiels à la préservation de repères et de ressources** déjà précaires :

> *Pour les personnes qui vivent à la rue, en tout cas en situation précaire, ils ont pas du tout les mêmes priorités que nous. Pour eux, la priorité c'est avoir du temps pour faire la manche, c'est pouvoir manger, c'est trouver un endroit où dormir. Et en fait, toutes leurs journées sont organisées en fonction de ça. D'expérience, rares sont les personnes qui acceptent de mettre ça de côté pour prendre soin d'elles.*
> **(professionnel·le de santé)**

Pour certaines personnes, les conditions de vie précaires rendent aussi difficile la conservation des papiers d'identité et d'autres documents essentiels, indispensables pour pouvoir accéder aux soins :

> *J'avais plus rien, j'étais à la rue, il me restait plus qu'une vieille pièce d'identité périmée, pas de carte vitale. Je l'avais perdue au cours des années de galère et que des ennuis, que des ennuis.*
> **(homme ayant renoncé aux soins)**

Quand vous êtes à la rue, que vous n'avez plus de papiers, Qu'est-ce que vous pouvez faire ? Refaire le parcours administratif ? Ils vont vous demander plein de pièces que vous avez plus, vous ne savez pas où les trouver, vous n'avez plus d'adresse. Vous ne pouvez pas vous en sortir.
(homme ayant renoncé aux soins)

D'après l'un·e des intervenant·es, **les conditions de vie précaires compliquent également l'accès aux médicaments ainsi que la possibilité de suivre ou de maintenir un traitement dans la durée :**

C'est aussi compliqué de réussir à garder ses médicaments. Y a beaucoup de vol dans la rue. Il y a beaucoup de deal de marché noir. Un patient qui a besoin de son traitement va à un moment le revendre pour pouvoir se procurer autre chose.
(professionnel·le de santé et bénévole associative)

De même, les situations conflictuelles avec d'autres personnes vivant des conditions de précarité similaires peuvent également freiner le recours aux soins. Les personnes chercheraient ainsi à éviter de croiser, dans les structures de soins, des individus avec lesquels ils et elles sont en conflit ou se sentent en insécurité :

C'est des personnes aussi qui ont beaucoup de conflits entre eux, y a des clans, y a des bandes et donc par exemple un patient va souvent renoncer d'aller au centre de méthadone parce que il veut pas voir les gens avec qui il a des problèmes et donc bah il préfère consommer l'héroïne plutôt que de rentrer dans le parcours de soin d'addicto quoi.
(professionnel·le de santé)

La nécessité de s'occuper d'un·e proche est également mentionnée dans les discours comme un facteur qui peut également compliquer le recours aux soins. Les responsabilités de prise en charge, notamment familiales ou d'aide à un tiers, peuvent limiter les possibilités de consulter ou de suivre un parcours de soins :

Nous avons le cas d'une femme à la rue mais qui est aidante en fait, et qui est en couple avec un homme qui est en fauteuil roulant, quasiment aveugle, qui n'est plus autonome du tout. Donc sa crainte aussi c'est « si jamais effectivement je nécessite une hospitalisation ou quelque chose et tout ça, je laisse mon conjoint à la rue tout seul dehors » et ce n'est pas envisageable.
(intervenant·e associatif·ve)

Certaines personnes indiquent également que **des épisodes de dépression ont pu les empêcher de recourir aux soins**. D'après l'un des interviewés, la consommation addictive de substances peut également conduire à une situation de dépression empêchant les personnes de recourir aux soins. Enfin, dans certaines situations, lorsque les intervenant·es identifient un risque pour la personne elle-même ou pour autrui, une prise en charge contrainte peut être mise en œuvre. Celle-ci peut entrer en tension avec les priorités et les besoins que la personne concernée a elle-même définis, ce qui nécessite d'après l'un·e des intervenant·es un travail de dialogue et « d'alliance » :

Alors nous aux urgences Psy, quand il y a un risque de passage à l'acte immédiat, enfin imminent, ou quand la personne par sa maladie type schizophrénie ou bipolarité en phase maniaque par exemple, ou par des idées suicidaires, vraiment, qui sont scénarisées avec une temporalité imminente, si la personne, elle, refuse le soin, on fait des hospitalisations sous contrainte malgré tout. Parce que là on est à partir du moment où la personne, elle est dangereuse pour elle-même à l'instant T ou qu'elle est dangereuse pour les autres, y a la question de l'hospitalisation sous contrainte qui se pose et après, une fois que la crise psychique est passée, on en reparle avec le patient aussi de cette décision qu'on a prise, pourquoi on l'a prise et là un travail d'alliance peut commencer après pour d'autres situations.
(professionnel·le de santé)

Au-delà des contraintes liées aux conditions de vie, à la précarité ou à certaines situations de vulnérabilité psychique, les témoignages recueillis mettent également en lumière des difficultés relevant de l'organisation de l'offre de soins[6].

6 À titre d'exemple les centres dédiés à la prise en charge des addictions ne sont pas tous également accessibles. Les horaires d'ouverture ou l'absence de consultations sans rendez-vous peuvent constituer des freins à l'accès aux services, réduisant les possibilités de prise en charge et conduisant certaines personnes à recourir au marché noir pour obtenir les médicaments dont elles ont besoin.

RENONCER AUX SOINS FAUTE DE LOGEMENT : SITUATIONS SANITAIRES COMPLEXES À STRASBOURG, LE REGARD DE LA MISSION MOBILE.

Les personnes gravement malades – absence de logement adapté et empêchement du suivi des soins
Depuis plus de vingt ans, Médecins du Monde développe à Strasbourg des actions d'aller-vers à destination des personnes sans domicile. Le projet de la mission mobile vise à garantir un accompagnement médico-psycho-social adapté aux besoins des personnes sans domicile sur ce territoire, notamment à travers des actions de médiation en santé. Depuis deux ans, l'équipe mobile observe une évolution préoccupante de la situation, marquée par une augmentation du nombre de personnes gravement malades et/ou en situation de handicap vivant à la rue.

Les équipes de MdM constatent une diminution continue des places d'hébergement d'urgence, avec une baisse de 30 % depuis 2021[7]. Cette évolution s'inscrit dans un **contexte de déficit structurel de l'offre d'hébergement médicalisé**, sur un territoire où la présence de personnes gravement malades est en hausse parmi celles sollicitant le 115 : en 2025, 65 % des personnes sans domicile rencontrées par l'équipe mobile de MdM étaient concernées.

Les observations de l'équipe illustrent les conséquences sanitaires majeures de l'absence de logement stable et sécurisé pour ces personnes très précaires. Les personnes rencontrées sont dans leur grande majorité des personnes étrangères, pour beaucoup européennes, dans des situations administratives complexes et marquées par des discontinuités : le statut administratif n'est souvent pas un état figé, les personnes passent d'une catégorie à l'autre, d'une situation administrative régulière à irrégulière, en lien avec les démarches de demande d'asile ou de titre de séjour. Elles sont immunodéprimées ou porteuses de dispositifs médicaux. Les effets secondaires de traitements lourds (chimiothérapie, dialyse) sont aggravés par des conditions de vie insalubres et instables. La mobilité forcée et l'absence de repos entravent la récupération après des traitements invasifs. L'absence d'un environnement adapté empêche la surveillance médicale à domicile, indispensable aux cas les plus graves. L'impossibilité de cuisiner ou de se nourrir de manière adaptée affecte particulièrement des personnes en fin de vie.

Pour les situations sanitaires les plus critiques, l'équipe procède à une évaluation de l'état de santé et des conditions de vie, portant notamment sur les traitements en cours, les risques médicaux immédiats, les besoins spécifiques (soins, matériel, organisation thérapeutique), la capacité à conserver et prendre correctement les médicaments, ainsi que l'impact des conditions de vie sur la santé.

Cette analyse permet d'identifier les conséquences d'un maintien à la rue ou dans des hébergements très précaires, notamment **l'aggravation de pathologies aiguës ou chroniques, l'augmentation des risques infectieux**, la **perte d'autonomie**, les **ruptures de soins** ou encore les **difficultés à suivre un traitement ou un protocole hospitalier**.

Une population marquée par des pathologies lourdes aux risques infectieux élevés
Dans le cadre de 259 évaluations médico-sociales, l'équipe de la « mission mobile » a interrogé 207 personnes sans domicile fixe. Elles étaient 65 % à être porteuses d'une pathologie chronique ou d'un handicap. Parmi elles, 14 % étaient atteintes d'une pathologie oncologique, 14 % d'un handicap, 10 % d'une maladie cardiovasculaire, 9 % d'une maladie du foie ou des reins et 21 % rapportaient une santé psychique dégradée, marquée par des troubles ou des difficultés psychiques récurrentes.

Les cancers rencontrés sont variés et parfois à un stade avancé : cancers broncho-pulmonaires, leucémies, cancers digestifs, cancers du sein ou du col de l'utérus, entre autres.

Les équipes soignantes et de médiation en santé relèvent un niveau de risque infectieux particulièrement préoccupant. De nombreuses personnes présentent des plaies ouvertes, des escarres, des suites de greffes d'organes ou portent des dispositifs médicaux invasifs tels que des poches de stomie. Ces vulnérabilités cliniques, combinées à des conditions de vie insalubres, exposent les personnes à des infections graves, parfois vitales.

> *Mme B., 54 ans, est atteinte d'un cancer du col de l'utérus métastasé au foie et suit une chimiothérapie 3 fois par semaine depuis 6 mois. Les effets secondaires du traitement fragilisent fortement son état général. Son quotidien se partage*

7 SIAO 67, État de la veille sociale du 22 mars 2021 et du 11 décembre 2024. (*Collectif Interassociatif 2026*).

entre hébergements brefs et séjours à la rue. Elle vit dans une angoisse constante, stressée par l'incertitude et la peur de se retrouver à nouveau sans toit. Elle témoigne : « Quand je vais à l'hôpital, c'est pour essayer d'aller mieux. Mais une fois que le traitement est fini, je me retrouve seule, face aux difficultés de la vie à la rue. Avec les effets secondaires de la chimiothérapie, c'est encore plus dur à supporter. J'y vais pleine d'espoir, et je ressors désespérée car je sais ce qui m'attend dehors. »
(témoignage personne concernée et analyse par médiateur·rice en santé MdM, 2025)

Aidant·es sans domicile : le renoncement aux soins comme angle mort

Depuis 2024, l'équipe mobile observe une recrudescence de renoncement aux soins de la part des personnes aidantes des personnes sans domicile gravement malades. Ces aidant·es sont très souvent eux-mêmes sans domicile et allophones. Leur orientation et leur accompagnement vers des dispositifs de soutien aux aidant·es demeurent extrêmement limités : l'offre de soutien psychosocial en langue étrangère, ou adaptée à des aidant·es en situation de précarité et d'exil, est quasi inexistante sur le territoire.

Les aidant·es assurent les démarches administratives et médicales, l'organisation et l'accompagnement aux rendez-vous de santé ou sociaux, l'aide aux déplacements, et parfois, les gestes essentiels de la vie quotidienne : toilette, alimentation, installation au fauteuil roulant, administration des traitements. Dans les contextes de vie à la rue, ces tâches s'effectuent souvent sans équipements adaptés, sans intimité et dans des conditions indignes.

Les équipes de la mission mobile constatent régulièrement que ces aidant·es mettent leur propre santé au second plan. L'épuisement, le manque de temps, l'accumulation des responsabilités, mais aussi une hiérarchisation contrainte des priorités (où la survie et la santé de la personne aidée priment sur tout) conduit à la dégradation de leur état de santé.

La famille H vit dans un campement sous tente, dans des conditions indignes. Le fils, lourdement handicapé sur les plans physique et intellectuel, est en fauteuil roulant et souffre de crises d'épilepsie fréquentes. Faute d'équipement adapté et d'intimité, ses besoins élémentaires ne peuvent être respectés : il ne peut accéder aux toilettes sans risque de chute, entraînant des blessures multiples.
La fille aînée de 24 ans est la seule à parler anglais. Elle assume seule un rôle d'aidante multiple : soutien à ses parents (âgés de 57 et 72 ans, atteints de pathologies chroniques) et prise en charge de son frère en situation de handicap. Elle est responsable des démarches administratives pour l'ensemble de la famille et la seule capable de porter physiquement son frère. Elle décrit un épuisement profond lié à la précarité et à la charge quotidienne d'aidance. En détresse psychique manifeste, elle refuse toutefois un soutien psychosocial, estimant que cela n'est « ni nécessaire ni prioritaire » au regard de la situation.
(bénévole de la mission mobile, MdM, 2025)

Mme K., 20 ans, souffre d'une encéphalopathie chronique sévère, entraînant une altération majeure de la motricité, de la mémoire et de la communication. Totalement dépendante pour l'ensemble des gestes de la vie quotidienne, elle nécessite une attention constante. Malgré cette dépendance absolue, elle vit depuis plusieurs mois à la rue et dans un véhicule avec ses parents, dans des conditions incompatibles avec ses besoins spécifiques. Son état physique se dégrade rapidement du fait de l'absence de soins adaptés : sans kinésithérapie, elle ne peut plus se maintenir assise sur son fauteuil roulant. Sur le plan psychique, elle présente des crises fréquentes. Plusieurs signalements ont été effectués auprès des services compétents, sans qu'aucune solution adaptée n'ait été mise en place.

Sa mère exprime une détresse profonde en tant qu'aidante : « Ma fille de 20 ans est gravement malade et handicapée, dépendante pour tout. Nous vivons à la rue depuis des mois. Je suis épuisée, parfois je n'ai plus envie de vivre… ». Malgré cette souffrance, elle refuse toute prise en charge psychologique tant que la situation de sa fille n'est pas stabilisée.
(coordinatrice de la mission mobile, MdM, 2025)

INADÉQUATION DES INFRASTRUCTURES ET DE L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS AUX BESOINS DES PUBLICS CONCERNÉS

D'après les discours recueillis, **le renoncement aux soins est également lié à l'inadéquation des infrastructures de santé aux besoins et aux réalités quotidiennes des personnes en situation de précarité ou de sans-abrisme**. Cette inadéquation concerne notamment :

les horaires d'accueil :

> *En addictologie il y a un centre de méthadone où ils viennent chercher leur traitement de substitution et seulement de 9h à midi, mais du coup entre 9h et midi pour eux il se passe plein de choses, c'est l'accueil de jour qui est ouvert pour aller prendre la douche, c'est la bagagerie pour aller déposer son sac, c'est enfin il y a plein d'autres paramètres qui rentrent en compte et nous on leur impose un peu nos règles à nous, mais c'est leurs règles à eux aussi qu'il faut prendre en considération.*
> **(professionnel·le de santé)**

l'absence de dispositifs d'interprétariat professionnel :

> *Le personnel médical, très bien, parfait. J'ai seulement eu un petit conflit avec le cardiologue, parce qu'il s'est mis très en colère du fait que je ne le comprenais pas. Je ne comprenais pas tout et il me parlait comme un sergent. Il me disait : « Si tu es en France, tu dois parler français. » Bien sûr, j'essayais de parler français ici, mais après l'embolie et tout ce qui m'est arrivé, j'oublie les choses, j'ai beaucoup de mal à parler. J'ai ce problème-là, et cet homme semblait mal supporter le fait que je ne parle pas français ; il me traitait un peu mal.*
> **(traduit de l'espagnol — homme ayant renoncé à des soins)**

le manque d'espaces de bagagerie ou des solutions de garde pour les animaux de compagnie :

> *Beaucoup ont des chiens aussi à la rue et les chiens ils ne sont pas acceptés à l'hôpital. Ils ne sont pas toujours acceptés dans les accueils de jour, dans les foyers et ça c'est aussi un paramètre important.*
> **(professionnel·le de santé)**

ou l'impossibilité de consommer des substances telles que l'alcool, notamment pour les personnes en situation de forte addiction :

> *Il y a quand même une grande partie de ce public-là qui a des conduites addictives, que ce soit des toxiques ou l'alcool. Et souvent qui dit institution dit ne pas consommer. Mais ces personnes-là elles n'ont pas forcément envie d'arrêter de consommer et du coup c'est aussi un critère qui fait qu'elles ne vont pas vers le soin parce qu'elles n'ont pas envie de modifier leur consommation.*
> **(professionnel·le de santé)**

Pour d'autres personnes, c'est plutôt la prise en charge elle-même qui ne serait pas adaptée, et qui est jugée comme trop longue ou frustrante :

> *J'ai attendu 2 h, c'est long. Moi, quand j'attends, y a de la tension parce que je suis anxieux.*
> **(Homme ayant renoncé aux soins)**

> *Alors j'étais accueillie avec mon mari au couloir pour me dire que c'était quasi impossible de me prendre en charge. On a attendu et le temps que l'assistante sociale vienne nous voir et elle nous a expliqué au couloir que vu notre situation administrative, vu le fait que j'ai déjà une sécurité sociale étrangère, je ne pouvais pas être prise en charge ou avoir un rendez-vous. Donc moi je suis partie en colère, déçue, alors que j'avais attendu le rendez-vous pendant longtemps, je pensais que j'allais avoir une solution. Et le fait d'être accueilli de cette manière-là ? Ça m'a frustrée.*
> **(femme ayant renoncé aux soins)**

Certain·es intervenant·es identifient aussi une **tension entre un besoin de réponse rapide à un besoin concret chez les personnes nécessitant des soins et les conditions d'accès ou d'inscription dans certaines prises en charge. Ces écarts peuvent fragiliser l'engagement dans le soin et favoriser des ruptures de parcours, en particulier lorsque la demande s'inscrit dans un contexte d'urgence ou de forte vulnérabilité** :

> *Un patient qui consomme de l'héroïne par exemple et qui voudrait avoir un traitement de substitution, c'est pareil, on leur demande de venir à 3-4 rendez-vous infirmier avant de pouvoir rencontrer le médecin. Donc déjà il faut se souvenir des rendez-vous, avoir de quoi noter, des fois il faut avoir l'heure pour aller au rendez-vous, avoir des tickets de bus pour se rendre à la structure. Il faut être*

patient. Il faut accepter de continuer de consommer en attendant. Puis voir le médecin, puis voir un médecin généraliste, puis un addictologue. Enfin, il faut des semaines voire des mois pour avoir un traitement de substitution. Et ça c'est décourageant aussi parce que souvent quand ils font la demande, c'est à l'instant T, c'est à ce moment-là qu'eux ils veulent commencer à modifier leur consommation et en 6 mois, il se passe tellement de choses qu'il y a beaucoup de ruptures de soin aussi de ce côté-là.
(professionnel·le de santé)

Par ailleurs, selon les récits, le décalage entre la temporalité **de la prise en charge** réelle et celle perçue comme nécessaire par les personnes, **peut aussi contribuer à expliquer la réticence à recourir de nouveau aux soins**. En effet, certaines personnes retournent à la rue alors qu'elles auraient encore besoin de soins, de traitements et d'un accompagnement renforcé. La prise en charge peut être alors perçue comme peu efficace, la courte temporalité comme maltraitante, ou comme étant à l'origine d'un parcours encore plus compliqué que la maladie elle-même :

C'est une structure d'hébergement médicalisée mais du coup momentané, uniquement pour des soins qui nécessitent une prise en charge pérenne sur un laps de temps de soins. Les soins étant finis, du coup ils sont retournés à la rue et il s'est avéré qu'elle nécessitait une deuxième intervention sur l'autre jambe et là on est rentré dans un calvaire, mais un calvaire sans nom.
(intervenant·e associatif·ve)

[Les personnes en situation de précarité] sont ok pour les consultations en ambulatoire. En principe, ils ne sont souvent pas ok pour les hospitalisations parce que ça a trop d'impact. Après, pour quand ils retournent à la rue, c'est très compliqué de se refaire une place [à la rue], de retrouver sa place en foyer, et cætera.
(professionnel·le de santé)

MÉCONNAISSANCE DU SYSTÈME DE SOINS FRANÇAIS

Le renoncement aux soins peut également être lié à une méconnaissance du système de soins français. Selon certain·es intervenant·es, les PASS demeurent des dispositifs toujours largement méconnus des personnes susceptibles d'en bénéficier, notamment en raison d'un manque d'information concernant leur existence et leurs modalités de fonctionnement :

En général c'est très rare que des personnes connaissent la PASS quand on l'évoque, ou alors c'est des personnes qui sont sur le territoire depuis longtemps, mais c'est rare. Ce sont les personnes qui sont déjà sur le territoire depuis un petit moment et ont eu une rupture de droits, donc qui ont déjà été orientées vers la PASS. Mais en première intention en général, ils ne connaissent pas du tout. Et puis il n'y a pas vraiment de pub. Il n'y a pas vraiment de communication et tout ça. Pas d'information disponible.
(intervenant·e associatif·ve)

Parfois il s'agit également d'une méconnaissance de la manière dont le système de soins fonctionne en France, notamment concernant la prise de rendez-vous et le fait d'avoir un·e médecin traitant :

Personne ne nous l'a expliqué, mais on a compris que tout fonctionne par rendez-vous contrairement à chez nous. Même si on demande un rendez-vous pour voilà pour être tranquille, les médecins au [pays étranger] ne fonctionnent pas comme ça et donc nous au début, on pensait que voilà, on peut aller voir un médecin. Quand j'appelais pour voir un médecin on me disait « médecin traitant ». Au [pays étranger], on n'a pas forcément ça, on peut aller voir n'importe quel médecin et tout ça. Et donc avec le temps, on a compris qu'il fallait d'abord prendre rendez-vous avant de se rendre. Et puis les médecins n'acceptaient pas aussi, ils disaient, « on n'a pas de place, on prend plus de patients ». Et ça, ne nous parlait pas, on a pris du temps à le comprendre.
(femme ayant renoncé aux soins)

DES ÉCARTS ENTRE LES ATTENTES DES PERSONNES ET L'EXPÉRIENCE DE SOINS VÉCUE

D'après les récits des personnes interviewées, le renoncement aux soins peut aussi être lié à des **écarts entre ce que les personnes attendent d'un rendez-vous ou d'une consultation médicale et la réalité de l'expérience vécue**. En effet, plusieurs personnes témoignent d'expériences passées décevantes favorisant la réticence au soin et dégradant le rapport de confiance au personnel soignant.

Certaines de ces expériences se sont conclues par un **refus de prise en charge sous divers motifs :**

> *J'ai discuté avec le médecin chef d'ici. Il m'a dit, « ils veulent plus prendre des gens comme toi parce que ça les intéresse pas », ils prennent vraiment ceux qui sont dans la rue.*
> **(homme ayant renoncé aux soins)**

> *C'était leur assistante sociale qui m'a accueillie au couloir en disant avec mon statut puisque j'avais déjà une sécurité [étrangère], je pouvais pas être accueillie et donc je suis partie et j'ai gardé mes douleurs pendant un an avant d'être opérée après.*
> **(femme ayant renoncé aux soins)**

Ces situations illustrent comment **les refus ou les reports de soins des personnes, notamment en l'attente de l'ouverture de droits à une protection maladie, fragilisent la confiance des personnes dans le système de santé et peuvent conduire à une forme de découragement face aux démarches de soins.**

D'autres situations révèlent les difficultés auxquelles les personnes font face lors d'une consultation médicale. Pour certaines, il s'agit d'un **rapport hiérarchique ressenti entre le·la soignant·e et le·la soigné·e** ou d'une **froideur** ressentie tant au niveau du personnel que des structures de soin, qui majorent un sentiment de **méfiance** et qui freinent les personnes à poser des questions au personnel soignant :

> *Je trouve que le soignant il a quand même dans la toute-puissance en psychiatrie. C'est très important de jauger le cadre qu'on donne aux patients, nous si on veut pas que le patient prenne une clope, on peut lui dire non. Si on veut l'obliger à prendre son traitement, on peut. Enfin, on peut vraiment le priver de liberté, et ce n'est pas forcément une partie de mon métier avec laquelle je suis la plus à l'aise.*
> **(professionnel·le de santé)**

> *[Les médecins] c'est des professionnels dans un endroit plus traditionnel, plus classique, où souvent ils regardent de haut, ils n'essayent pas de comprendre. On a vraiment l'impression que c'est déjà la plupart du temps, c'est quand on arrive, c'est la première chose, la carte vitale. On a vraiment l'impression que voilà, on est de passage, on a un chiffre d'affaires à faire. Et que voilà, et que ça s'arrête là.*
> **(femme ayant renoncé aux soins)**

Les personnes décrivent également avoir vécu des violences physiques et verbales de la part du personnel soignant. Elles témoignent notamment d'avoir dû endurer la douleur et estiment ne pas avoir été suffisamment écoutées ou prises au sérieux face aux symptômes ayant motivé leur consultation :

> *J'ai eu une consultation faite par le médecin chef, le matin, il passe avec ses aréopages, son cortège. Et il y en a un qui m'a arraché le, comment ça s'appelle, le pansement, mais vraiment que pour faire plaisir à son médecin chef, là, au lieu d'y aller délicatement, non, non, il faut aller vite. Les consultations comme ça, on passe tous le matin, c'est rapide. Il m'a arraché ça comme si je lui dis attendez 5 secondes là s'il vous plait, vous n'êtes pas à 5 secondes près. Il est obligé de lui dire quoi. Moi j'étais ouvert de partout avec des agrafes, j'ai cru qu'il m'emportait un morceau de viande. »*
> **(homme ayant renoncé aux soins)**

> *Alors je lui ai parlé de mes douleurs au niveau pelvien, etc. Et il m'a fait un examen et en me touchant, il me faisait mal et je lui ai dit que j'avais mal. Et il continuait quand même en disant : « Ah oui, c'est là que tu as mal ». Mais d'un air tellement… Et après je suis juste repartie avec des Doliprane et il m'a juste dit que ce n'était rien et je suis partie.*
> **(femme ayant renoncé aux soins)**

> *On m'a parlé d'un autre dentiste. Il manquait de bienveillance. Il n'hésitait pas à me reprendre, à me crier dessus genre quand je supportais, je supportais. À un certain moment je disais « aïe, aïe » deux fois, il m'a dit mais « qu'est-ce qu'il y a Madame ? Qu'est-ce qu'il y a ? Qu'est-ce qu'il y a ? » Il dit m'a dit « de toute façon, vous avez mal là où je vous touche, je vous fais mal. » Et puis il faisait des actes sans m'expliquer donc je découvre par exemple qu'il a diminué la taille de mes dents sans me demander, sans me l'expliquer.*
> **(femme ayant renoncé aux soins)**

Deux témoignages évoquent des discriminations de manière différente : d'un côté, une femme évoque avoir dû faire face à des « clichés » lorsqu'elle est questionnée sur son parcours universitaire ; de l'autre côté, un homme se sent discriminé lors d'une prise en charge par rapport à des personnes qui d'après lui forceraient le passage.

Je connais des personnes qui ne parlent pas la langue et qui ont l'Aide Médicale d'État. C'est mal vu aussi, l'Aide Médicale, car on te met dans une catégorie tout de suite. Moi, par exemple, un médecin, quand j'avais l'Aide Médicale d'État, il m'a posé des questions de qu'est-ce que je fais dans la vie ? J'ai dit par exemple, je suis doctorante. Il m'a dit, Quel est le sujet de ton doctorat ? Et puis il a précisé, quand j'ai dit littérature, il a dit « littérature arabe ou » donc il est parti loin. J'ai dit mais c'est qu'est-ce que ça sert ça dans mon dossier médical ? Donc on a des clichés.
(femme ayant renoncé aux soins)

D'autres personnes affirment **ne pas suivre certains traitements médicamenteux prescrits par le médecin, en raison du coût qu'ils représentent** lorsqu'elles ne bénéficient pas d'une protection maladie mais aussi de doutes concernant l'efficacité des médicaments :

Moi je n'ai jamais trop été pour les médicaments aussi. Par contre, je sais que la codéine ça fonctionne, mais en général, à part les médicaments que je connais, ceux-là oui, d'autres… Parce qu'il y a le prix des médicaments aussi, c'est pas gratuit, ils vendent à prix d'or des petits médicaments. Le pharmacien, vas-y tiens, tu ressors d'un médecin, tu as une liste de médicaments énorme des fois. Chaque petit médicament, fait son petit truc particulier, mais il ne fera pas autre chose donc les gens ils se retrouvent avec des listes de médicaments à la pharmacie, chacun étant vendu à prix d'or.
(homme ayant renoncé aux soins)

Pour certaines personnes, confrontées de manière répétée à des refus, des retards de prise en charge, voire à de la violence médicale à leur encontre, davantage de temps et un accompagnement soutenu sont nécessaires pour favoriser une amélioration de leur situation et éviter qu'elles ne demeurent ancrées dans un cycle de rue et d'errance, pouvant être associé à la consommation de substances psychoactives :

Beaucoup sont méfiants parce que leur parcours est tellement chaotique et ils se sont heurtés à tellement de refus, d'échecs, de déceptions, y en a beaucoup qui n'y croient plus. Et du coup, leur proposer une prise en charge psychiatrique ou même enfin même somatique, souvent j'entends beaucoup de désespoir, beaucoup de, on appelle ça le sentiment d'incurabilité, c'est le sentiment que de toute façon rien n'ira jamais mieux.
(professionnel·le de santé)

Au-delà des difficultés d'accès aux soins, les récits mettent en évidence l'importance des expériences vécues lors des prises en charge. **Les écarts entre les attentes des personnes et leur expérience du soin peuvent contribuer à fragiliser la confiance envers le système de santé et freiner le recours aux soins.**

MINIMISATION DE LA DOULEUR ET DE LA GRAVITÉ DE LA MALADIE

Un autre élément saillant des récits recueillis expliquant le renoncement aux soins réside dans la minimisation de la douleur et de la gravité de la maladie, perçue par les personnes comme ne justifiant pas le recours aux services de santé. **Certaines personnes ne sollicitent généralement une prise en charge qu'à partir du moment où leur état devient critique ou lorsqu'elles estiment ne plus être en mesure de faire face, seules, à la situation** :

Je n'y suis allé que vers la fin, quand j'ai vu que c'était complètement incontrôlable. Je voulais des médicaments anti-douleurs.
(homme ayant renoncé aux soins)

C'est moi-même qui ne veux pas aller à l'hôpital. Si c'est une autre maladie, si je suis malade, ou si j'ai un accident, là, je peux aller à l'hôpital. C'est obligé que je passe à l'hôpital. Mais si juste pour un pansement sur mon pied. Il faut que je parte à l'hôpital, je dis non. Je ne vois aucun intérêt. […] Si le docteur dit qu'il y a un pansement tous les jours, on fait un pansement. Oui, je pars. Mais je ne peux pas rester au lit comme ça, à cause du pansement, c'est pas possible. Il y a d'autres personnes qui sont malades qui ont besoin à cette place-là.
(homme ayant renoncé aux soins)

D'après l'un·e des intervenant·es, certaines personnes, particulièrement les jeunes, manifesteraient une **perception d'elles-mêmes comme très résistantes face à la maladie** :

Je pense à certains jeunes qui ne prennent peut-être pas en considération effectivement leur état de santé au regard de leur âge en se disant ouais non c'est rien. Là par exemple je pense aux jeunes Uber [des livreurs à domicile] qui à chaque fois viennent me dire « je suis jeune, c'est bon et tout ça » mais bon après qu'il y en ait 3 ou 4 et qu'il y a eu des accidents de vélo et tout ça, il y en a de plus en plus qui se rendent compte que finalement plutôt qu'une belle facture de 6 000 balles à l'hôpital, c'est peut-être pas plus mal d'avoir l'AME.
(intervenant·e associatif·ve)

Certains récits de femmes témoignent également des efforts pour supporter la douleur et attendre qu'elle passe, notamment lorsque les personnes se retrouvent en difficulté pour accéder à une prise en charge des frais de santé :

> *Q : Si vous avez des douleurs, comment vous les gérez au quotidien ?*
>
> *R : Je vais prendre sur moi. C'est vrai que la dernière fois, j'avais une grosse douleur à la dent le soir. Je me suis dit le lendemain, il faut absolument que pareil je prenne mon rendez-vous et la douleur est passée. Et puis, et c'est pareil au final avec les personnes qui sont à côté ici, les Espagnols qui sont à côté d'ailleurs, qui eux n'ont pas de carte vitale, et cætera. Et c'est pareil, ils ont certains ont des douleurs souvent et ils ne font rien.*
> **(femme ayant renoncé aux soins)**
>
> *Pendant un mois, je suis restée à essayer de voir si ça passait. Bon, ça ne passait pas, et du coup après j'étais allée voir un gynéco et à un autre endroit aussi passer une radio.*
> **(femme ayant renoncé aux soins)**
>
> *Je me rappelle très bien. Ça a commencé fin août et j'ai été opérée en juillet fin juillet donc j'ai restée un an avec les douleurs. Je me rappelle, parce qu'il faisait froid et il neigeait et tout ça, moi j'avais que des sandales.*
> **(femme ayant renoncé aux soins)**

Les personnes interviewées établissent une distinction entre la maladie et la fatigue : la première nécessite le recours à l'hôpital ou la prise en charge par un tiers, tandis que la seconde relève d'une gestion individuelle et ne justifie pas, en soi, le recours aux services de santé :

> *Vous savez si on dort, c'est pas malade mais fatigué, parce que la nuit, on reste dehors, on est debout dehors. De 1h jusqu'à 4h, ça fait tout le temps, on est debout, debout. Même s'il pleut, même s'il fait froid, on dort. Donc forcément, c'est la fatigue. C'est pas des maladies, c'est la fatigue.*
> **(homme ayant renoncé aux soins)**

Dans les discours, une certaine **hiérarchisation des problèmes de santé s'opère également dans l'évaluation de la nécessité de recourir aux soins**. Les affections dont les conséquences sont les plus immédiatement perceptibles sur le corps (mal-être ressenti, limitation de la mobilité, douleurs importantes, etc.) tendent à être priorisées. À l'inverse, d'autres problèmes de santé, qui nécessiteraient pourtant une prise en charge rapide mais dont les effets sont moins visibles ou plus progressifs, comme la détérioration graduelle de la santé bucco-dentaire, sont plus fréquemment reportés ou font l'objet d'un recours tardif aux soins :

> *R : Je dis je préfère soigner les douleurs [de la parasitose] d'abord, après on verra les pour les dents.*
>
> *Q : Ah d'accord, tu n'allais pas pour les dents parce que l'autre douleur était plus forte.*
>
> *R : Voilà, exactement. J'avais pas envie d'aller parce que j'avais beaucoup de douleurs. J'ai mal à la tête, au ventre.*
> **(homme ayant renoncé aux soins)**

La minimisation de certains problèmes de santé par les personnes elles-mêmes peut ainsi les conduire à différer le recours aux soins. Ce report est parfois renforcé par la crainte qu'une prise en charge n'entrave les activités quotidiennes ou n'engendre des dépenses difficilement assumables.

03

PRATIQUES PALLIATIVES POUR FAIRE FACE AUX PROBLÈMES DE SANTÉ MALGRÉ LE RENONCEMENT AUX SOINS

LES POINTS ESSENTIELS

Les points ci-dessous synthétisent les principaux enseignements tirés des entretiens réalisés auprès de personnes concernées par le renoncement aux soins.

- **Face au renoncement aux soins, les personnes développent des stratégies palliatives pour soulager la douleur ou les symptômes à partir des ressources immédiatement disponibles (médicaments, remèdes et savoirs traditionnels, alcool ou psychotropes…).**
- **Ces solutions apparaissent moins comme de véritables alternatives aux soins que comme des réponses contraintes à un accès aux soins retardé, difficile ou impossible, dont elles ne traitent généralement pas les causes profondes.**

MOBILISER DES MÉDICAMENTS POUR SOULAGER LA DOULEUR

Face à l'impossibilité d'accéder aux soins, qu'elle résulte d'un renoncement volontaire ou contraint (notamment pour des raisons économiques), **certaines personnes déclarent gérer elles-mêmes la douleur ou les malaises associés à leurs problèmes de santé**. Elles ont alors recours à des médicaments ou à des pansements obtenus en pharmacie, auprès d'associations lors de maraudes organisées par les services municipaux ou encore par l'intermédiaire de leur entourage :

Q : Vous faisiez comment pour soulager vos douleurs des dents ?

R : De la codéine, chercher de la codéine comme un fou. J'avais même demandé aux voisins de ma bagagerie s'ils en avaient pas. J'en ai obtenu. Chacun a sa petite trousse de pharmacie. Il y a toujours quelqu'un qui n'a pas fini ses boîtes de médicaments, à ce qu'il vous en reste.
(homme ayant renoncé aux soins)

C'est soit je prenais des médicaments de chez des amis, je disais par exemple, voilà, « j'ai mal au ventre », et je prenais des médicaments, parfois

aussi la famille du [pays étranger], elle m'envoyait genre des sirops pour la toux, des choses ordinaires comme ça, la fièvre et tout ça juste pour éviter de ne pas aller voir un médecin et ne pas savoir est-ce que je serai accueillie ou non.
(femme ayant renoncé aux soins)

Pour certaines personnes, **l'obtention de médicaments nécessite cependant des efforts particuliers, notamment en matière de déplacements et de mobilisation de ressources financières pour leur achat**. C'est le cas d'un homme habitant en zone rurale :

Q : Et ensuite, comment obteniez-vous les médicaments ?

R : Je vais à la pharmacie [...] Je devais aller tous les mois à un endroit qui se trouve à 20 km, puis revenir chercher les médicaments. Je devais marcher jusqu'à XX, puis prendre le bus pour aller récupérer les médicaments. Ensuite, je revenais. Parfois, j'en profitais pour faire la manche, mais maintenant ils [les supermarchés] ne veulent plus non plus qu'on fasse la manche.
(homme ayant renoncé aux soins)

Le point commun de ces différentes situations réside dans la nécessité de soulager une douleur ou des symptômes qui peuvent fortement altérer la vie quotidienne. Pour certaines personnes, la douleur constitue une contrainte permanente, parfois invisible, mais suffisamment invalidante pour justifier des déplacements importants ou la mobilisation de ressources rares. Les efforts décrits pour obtenir des médicaments doivent ainsi être compris comme des stratégies d'adaptation à des difficultés d'accès aux soins, et non comme le signe d'une absence d'obstacles.

Selon leurs témoignages, l'accès aux médicaments tend toutefois à se compliquer, notamment en raison de l'exigence d'une ordonnance pour l'obtention de certains médicaments. Face à ces difficultés, certaines personnes affirment avoir une certaine tolérance à l'égard de la date de péremption des médicaments, privilégiant leur disponibilité immédiate à leur conformité aux recommandations d'usage :

R : Après, il y a les dates de péremption. Mais bon, des fois, tu ne regardes pas trop.

Q : C'est quoi, pour vous, la tolérance quand on voit une boîte de péremption, on peut l'utiliser jusqu'à quand ?

R : Sais pas, je crois un an. Moi, j'avais demandé, je ne vous dis pas où. Ils avaient de l'eau oxygénée. Non, ouais, c'est ça. Un sérum physiologique qui était périmé depuis 15 ans dans la pharmacie d'une association. Ouais, 15 ans. Heureusement, j'ai regardé, moi, j'ai toujours appris en tant que SDF à regarder les dates de péremption. Il n'y a pas le choix, mais là, 15 ans c'est quand même beaucoup.
(homme ayant renoncé aux soins)

MOBILISER DES REMÈDES ET SAVOIRS TRADITIONNELS POUR SOULAGER LES SYMPTÔMES

Certaines personnes indiquent disposer de **« remèdes » qu'elles peuvent préparer elles-mêmes pour traiter des affections**, notamment la fièvre. C'est le cas d'une des femmes interviewées qui, suite à un refus de prise en charge pour être arrivée en retard, s'était fâchée avec le personnel de la PASS et a décidé de préparer des soins chez elle :

Je n'étais pas retournée, parce que j'étais fâchée avec eux [le personnel de la PASS] et j'ai dit «c'est pas la peine, je fais avec des « petites choses » à la maison». On est un peu à la maison, avec des médecines populaires, par exemple avec des oignons, des yaourts, tout ça, avec du sel [...] J'ai fait les bains pour les enfants. C'est pas à une température trop grande. Je fais les petites choses avec du sel. De l'eau avec du sel. Je laisse faire sécher, et après je fais prendre avec. Je fais le thé. Et ça a été passé comme ça.
(femme ayant renoncé aux soins)

D'autres personnes affirment avoir recours à des **médicaments dits « traditionnels » obtenus sur le marché**. Il s'agit notamment pour l'une d'entre elles d'infusions à base de plantes communément utilisées dans les pays de l'Afrique subsaharienne, connues pour leur efficacité :

Quand j'avais un problème de santé, on faisait les médicaments traditionnels. C'est les médicaments qui sont en brousse, comme les bois comme ça. Supposons quand tu as palu, tu as la fièvre, ces médicaments-là, quand tu t'en vas même au marché comme ça, tu peux avoir ça à 1 euro, 2 euros, tu fais bouillir et tu bois, tu te laves, tu bois, tu te laves, ça fait, voilà, ça fait disparaître la fièvre.
(homme ayant renoncé aux soins)

LE RECOURS À L'ALCOOL OU À DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

L'utilisation de substances psychoactives (drogues et alcool) a été également évoquée par certaines personnes comme un moyen pour faire face à la douleur, l'anxiété ou la dépression. Ces consommations par des personnes à la rue revêtent des fonctions diverses, qui peuvent varier selon les contextes de consommation et les besoins auxquelles elles répondent. Elles peuvent soulager, permettre d'oublier, aider à tenir et à survivre, mais aussi procurer du bien-être, du réconfort ou encore la sensation de se sentir mieux dans son corps et dans sa tête. Les significations et les effets associés à ces usages diffèrent toutefois d'une personne à l'autre, en fonction de son histoire, de son état de santé et de ses conditions de vie. Les produits peuvent également servir à pallier un non-recours aux soins ; il est ainsi fréquent de rencontrer des personnes qui achètent leurs traitements de substitution au marché informel et les prennent comme si elles étaient suivies dans un centre de soins :

> *Q : Et vous avez fait comment pour gérer ce traumatisme ?*
>
> *R : Penser à autre chose, picoler un peu, beaucoup même.*
> **(homme ayant renoncé aux soins)**

> *Ça va être des substances pour calmer la douleur, comme de l'opium, de l'héroïne, de la kétamine […] Je pense qu'au bout d'un moment, quand on souffre physiquement ça devient mental. […]. Et c'est vrai que nous on passe aussi par d'autres moyens alors qui sont moins conventionnels.*
> **(femme ayant renoncé aux soins)**

> *J'en ai connu un autre qui avait des problèmes à la jambe et qui s'injectait de la kétamine pour ne plus avoir mal. Un jour, je lui ai dit : « Tu es fou, mec, qu'est-ce que tu es en train de faire ? »*
> **(traduit de l'espagnol — homme ayant renoncé à des soins)**

Ces différentes stratégies permettent **avant tout de soulager les symptômes, de rendre la douleur plus supportable ou de poursuivre les activités quotidiennes**. Elles s'appuient sur les ressources immédiatement accessibles aux personnes : médicaments obtenus auprès de l'entourage, dispositifs associatifs, savoirs issus du pays d'origine, recours à certaines substances ou encore endurance face à la souffrance physique.

Les témoignages montrent toutefois que **ces solutions restent souvent partielles et parfois précaires**. L'efficacité des médicaments n'est pas toujours jugée suffisante, leur obtention peut être complexe et certaines personnes sont amenées à utiliser des traitements périmés ou à rechercher des produits plus puissants, potentiellement à risque et détournés de leur usage initial. **Ces pratiques apparaissent ainsi moins comme des alternatives pleinement choisies au système de soins que comme des modes de gestion de la santé développés lorsque l'accès aux soins est retardé, compromis ou perçu comme difficilement réalisable ou impossible.**

CHAPITRE 2

ÉTAT DE SANTÉ ET CONSÉQUENCES DU RENONCEMENT AUX SOINS

01

ÉTAT DE SANTÉ ET RETARDS DE RECOURS AUX SOINS

Afin de documenter l'état de santé des personnes reçues, les pathologies diagnostiquées et la fréquence du retard de recours aux soins, les médecins de huit dispositifs de santé fixes ou mobiles de MdM ont porté une attention plus particulière au codage systématique des diagnostics lors des consultations médicales pendant un mois. Les analyses présentées ci-après portent sur la file active des patient·es de ces dispositifs de santé de MdM pendant quatre semaines entre novembre et décembre 2025.

Au cours de la période d'étude, **777 consultations médicales ont été réalisées auprès de 690 patient·es[8]. Parmi les 528 patient·es pour lesquel·les l'information était disponible, 61 % présentaient au moins un diagnostic associé à une pathologie chronique enregistré au cours d'une consultation de médecine générale sur la période. Cette proportion était de 66 % chez les femmes et de 58 % chez les hommes.**

Parmi les diagnostics codés selon la Classification internationale des soins primaires (CISP)[9], **les pathologies les plus fréquemment observées étaient l'hypertension artérielle et le diabète.**

Selon l'avis des médecins, un **retard de recours aux soins concernait 46,2 % des patient·es** sans différence notable selon le genre. Cette proportion atteignait **58,4 % chez les personnes présentant au moins une pathologie chronique, contre 27,2 % chez celles n'en présentant pas.**

8 L'information était disponible pour 78 % des patient·es (528 / 690).
9 Cf. annexe 2 - méthodologie du baromètre, p. 177.

02

CONSÉQUENCES DU RENONCEMENT, DU NON-RECOURS ET DES RETARDS DE RECOURS AUX SOINS SUR LA SANTÉ PSYCHIQUE ET SOMATIQUE

L'accumulation des situations de renoncement, de non-recours ou de retard de recours aux soins, qu'il soit contraint ou volontaire, finit par avoir des répercussions sur la santé physique comme sur la santé psychique. Selon l'un·e des intervenant·es, on retrouve une **consommation de substances psychoactives chez des personnes qui renoncent aux soins**, consommation **parfois associée à une dégradation de l'état de santé mentale chez certaines personnes présentant déjà des fragilités psychiques** :

> *Je sais que l'an dernier, j'avais fait une dépression parce qu'au bout d'un moment, ça devient aussi très mental, le fait d'être tout le temps comme ça. Et c'est vrai que non, on passe aussi par d'autres moyens alors qu'ils sont moins conventionnels.*
> **(femme ayant renoncé aux soins)**

> *Du coup, il y a beaucoup de ruptures de soins, il y a beaucoup de consommation toxique qui font que ça redéclenche enfin pour les maladies chroniques en psychiatrie, toutes les consommations toxiques, ça aggrave ces maladies-là et du coup ils reviennent souvent décompensés de manière très bruyante.*
> **(professionnel·le de santé)**

Par ailleurs, comme le souligne l'un·e des intervenant·es, **le renoncement aux soins et les retards de recours augmentent le risque d'une méconnaissance de l'état de santé et des pathologies existantes**. Cette intervenant·e rapporte ainsi des situations dans lesquelles certaines personnes découvrent être atteintes d'une maladie chronique à un stade déjà avancé, celle-ci ayant pu évoluer ou s'aggraver pendant plusieurs années sans avoir été diagnostiquée ni prise en charge :

> *Il y a beaucoup de découvertes aussi de diabète, d'hypertension, effectivement à l'arrivée, enfin à la première consultation. (…). Bah il y a plusieurs personnes qui ont découvert des diabètes, des hypertensions, des hépatites, des tuberculoses, des choses comme ça.*
> **(professionnel·le de santé)**

En effet, concernant l'appréciation de la gravité de leur état de santé, certaines personnes en situation de sans-abrisme atteintes de maladies chroniques expriment des difficultés à percevoir et à évaluer par elles-mêmes l'évolution de leur maladie, ce qui contribue à expliquer certaines situations de non-recours aux soins[10]. En conséquence, d'après les récits recueillis, **leur état de santé peut se dégrader non**

10 Cf. « Les causes du renoncement : minimisation de la douleur et de la gravité de la maladie » p. 83.

seulement en raison de facteurs liés à leurs mauvaises conditions de vie — tels que la précarité des lieux de vie, les efforts physiques quotidiens nécessaires pour se déplacer, subvenir à leurs besoins ou rechercher des ressources financières — mais également du fait de l'absence de diagnostic précoce et de suivi médical régulier :

> *Une artère bouchée qui se bouchait et jusqu'au jour où ça s'est bouché vraiment. Là, il a fallu aller vite, un début de gangrène, c'est pas rien. Moi, je l'avais même pas vu, parce que c'est un endroit pervers. Ça a commencé à la pliure du genou, mais sous le genou, là. Vous avez votre genou, le côté opposé. Vous ne voyez rien. C'est un endroit impossible à voir en dessous, là, juste là. C'est lors d'une consultation en chirurgie vasculaire qu'ils ont vu ça. Je n'avais pas vu. Parce que pour moi, le problème, c'était un peu plus bas. Je l'ai retrouvé à un autre endroit.*
> **(homme ayant renoncé aux soins)**

> *Mon mari a été opéré des poumons en 2022. Il [le cancer] a été trouvé par hasard. Un jour il accompagnait ma fille et aussi mon neveu [...] Quand il a fait la radio, il a trouvé sur le poumon une tumeur, toute petite.*
> **(femme ayant renoncé aux soins)**

Le recours aux soins peut alors faire l'objet d'une négociation progressive entre les professionnel·les de santé et les personnes concernées. Si ces dernières peuvent être amenées à différer ou interrompre une prise en charge, ces situations ne relèvent pas uniquement de choix individuels. Elles s'inscrivent également dans un contexte marqué par de multiples obstacles structurels ou individuels. Les intervenant·es cherchent à sensibiliser les personnes aux risques encourus en cas de non-recours aux soins, tout en veillant à respecter leurs choix, leurs priorités et leur capacité à s'engager dans une démarche de prise en charge :

> *Et là, j'ai renoncé aux soins pendant une période. Les médecins disaient que je devais absolument être présente à l'hôpital pendant une journée, prise en charge pendant une journée pour pouvoir régulariser le diabète et il me fallait une prise en charge. Et là c'est galère avec la sécurité, les documents qu'ils demandent et tout ça. J'ai laissé tomber et à un certain moment ils ont dit non, non, il faut absolument que je sois prise en charge parce que le taux du sucre augmentait.*
> **(femme ayant renoncé aux soins)**

Les données recueillies soulignent **l'importance des retards de recours aux soins parmi les personnes rencontrées, en particulier chez celles atteintes de pathologies chroniques**. Les récits permettent d'éclairer les conséquences concrètes de ces retards sur les parcours de santé. **En l'absence de diagnostic précoce ou de suivi médical régulier, certaines maladies chroniques, longtemps asymptomatiques ou faiblement symptomatiques, peuvent évoluer pendant de longues périodes sans qu'un problème de santé soit identifié par la personne elle-même ou qu'il soit pris en charge par un·e professionnel·le de santé, conduisant parfois à sa découverte à un stade déjà avancé.**

Les entretiens montrent également que **les conséquences du renoncement aux soins dépassent le seul champ de la prise en charge médicale**. Les douleurs persistantes, l'incertitude quant à son propre état de santé, les ruptures de prise en charge ou encore le recours à des substances pour faire face aux difficultés du quotidien peuvent affecter durablement le bien-être physique et psychique des personnes. **Ces situations s'inscrivent dans un contexte où les contraintes liées aux conditions de vie, aux démarches administratives ou à la précarité rendent souvent difficiles le maintien d'un suivi médical dans la durée.**

Ainsi, les résultats quantitatifs comme les récits recueillis suggèrent que les **retards de recours aux soins ne constituent pas seulement une difficulté ponctuelle d'accès au système de santé. Ils sont susceptibles de s'inscrire dans des processus d'aggravation progressive des problèmes de santé, particulièrement pour les personnes vivant avec une ou plusieurs maladies chroniques, et soulignent l'importance des démarches d'accompagnement permettant un repérage précoce des besoins de santé et le maintien des personnes dans les parcours de soins.**

CHAPITRE 3

MODALITÉS DE L'OFFRE DE SOINS EN PASS HOSPITALIÈRES ET EN PMI SELON LES ÉQUIPES MDM ET DES PROFESSIONNEL·LES DES STRUCTURES

LES PERMANENCES D'ACCÈS AUX SOINS (PASS) HOSPITALIÈRES

01

LES PASS HOSPITALIÈRES : ACCUEILLIR, SOIGNER ET ORIENTER DANS UN SYSTÈME SOUS TENSION

Les PASS hospitalières constituent le dispositif de référence pour l'accès aux soins des personnes en situation de précarité en France. Créées par la loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998, elles s'inscrivent dans une logique de solidarité fondée sur le droit à la protection de la santé tel qu'il figure dans le préambule de la constitution de 1946. Dispositif passerelle, les PASS hospitalières constituent une porte d'entrée pour un accès aux soins et un accompagnement social aux patient·es démuni·es à l'hôpital. Il ne faut pas les confondre avec le dispositif beaucoup plus récent, très distinct et encore peu déployé des « PASS de ville », destiné à favoriser l'accès aux soins en ville des personnes éligibles à une protection maladie (cf. Encart Les PASS de ville p. 111). Ce rapport et notre enquête portent sur les PASS hospitalières, et lorsque cela n'est pas spécifié nous parlons bien de ce dispositif hospitalier.

CADRE LÉGAL & ÉVOLUTION HISTORIQUE DES PASS HOSPITALIÈRES

1946 Le préambule de la Constitution fonde le droit constitutionnel à la protection de la santé, socle juridique du service public hospitalier et, par extension, des PASS.

1998 La loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions crée les PASS (art. 76). L'article L.6111-1-1 du code de la santé publique (CSP) qui en est issu prévoit la mise en place d'une PASS dans chaque établissement. La circulaire DH/AF1 du 17 décembre 1998 en précise les principes fondateurs : cellules de prise en charge médico-sociale, gratuité des soins, accompagnement à l'ouverture des droits.

2009 La loi hôpital, patients, santé et territoires (HPST) (n° 2009-879) refond l'architecture du code de la santé publique (art. L.6111-1-1) et crée les Agences Régionales de Santé (ARS), qui deviennent les pilotes régionaux du dispositif PASS.

2011 Les actes réalisés au titre de l'aide médicale d'État (AME) basculent de la facturation au prix de journée vers la tarification à l'activité (groupe homogène de séjour - GHS).

2013 Face à l'hétérogénéité des pratiques, documentée notamment par un premier rapport de Médecins du Monde sur le fonctionnement de PASS dans 23 villes où l'association était présente, la circulaire n° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 fournit le premier « référentiel national », ou cahier des charges, des PASS hospitalières, ainsi qu'une base de recueil d'informations harmonisée pour les ARS. Le texte précise que ces PASS doivent offrir un accès aux soins et un accompagnement social sans discrimination mais demeure, sur le fond, large et peu contraignant, laissant chaque établissement libre d'en décliner l'organisation.

2020 La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) coordonne un nouveau rapport national sur l'activité des PASS hospitalières dans la perspective d'harmoniser les indicateurs de suivi en amont de la refonte du cahier des charges de 2022.

2022 L'instruction ministérielle n° DGOS/R4/2022/101 du 12 avril 2022 remplace le référentiel de 2013 et redéfinit le cahier des charges des PASS hospitalières. Elles deviennent également des unités

fonctionnelles (UF)[11] avec du personnel dédié. Sur le plan financier, quelques mois après, le budget des PASS hospitalières bascule de l'hôpital (budget hospitalier nommé Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation), vers des budgets directement gérés par les ARS (Fonds d'intervention régional - FIR).

Les PASS hospitalières sont désormais des unités hospitalières, ainsi qu'un dispositif financier, pour permettre la prise en charge médico-sociale des personnes en précarité au sein de l'hôpital.

Si la création des PASS a constitué une avancée certaine en 1998, plusieurs acteur·rices dont MdM ont rapidement alerté sur les insuffisances de leurs moyens. En 2010, notamment, MdM publiait une enquête démontrant le caractère extrêmement hétérogène des PASS selon les hôpitaux (composition des équipes, file active, articulation avec le reste du centre hospitalier et des partenaires, capacité à travailler l'orientation vers la ville…), ainsi que les manquements du dispositif (*Médecins du Monde 2010*). Depuis, ce dernier s'est structuré, précisé, avec deux circulaires successives définissant leur cahier des charges en 2013 puis 2022. Des postes de coordinateur·rices régionaux·les des PASS hospitalières ont été créés[12]. Plusieurs fiches techniques ont également été élaborées[13]. Les moyens financiers des PASS ont été en partie renforcés (jusqu'en 2021-2022), et l'équipe socle minimale de toute PASS a en théorie été renforcée par l'instruction ministérielle de 2022 : elle doit désormais, en théorie, être constituée *a minima* d'un quart de temps médecin, d'un mi-temps infirmier et d'un mi-temps d'assistant·e social·e. L'instruction ministérielle souligne aussi l'importance d'avoir du temps d'accueil et de secrétariat, ainsi que la possibilité d'avoir recours à d'autres professionnel·les (sage-femmes, psychologues, médiateur·rices en santé, aide-soignant·e…).

En théorie, les PASS hospitalières proposent, sans facturation pour les patient·es, des consultations médicales généralistes et un accès à des consultations spécialisées, au plateau technique hospitalier et à des traitements, ainsi qu'un accompagnement dans les démarches d'accès aux droits notamment en matière de protection maladie. Ces consultations de premier recours peuvent être généralistes ou spécialisées (PASS dentaire, PASS en milieu psychiatrique, ophtalmologique, gynécologique, pédiatrique…). En 2023, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère de la santé dénombrait 451 PASS sur tout le territoire, dont 44 en milieu psychiatrique, 10 en soins bucco-dentaires, 2 en ophtalmologie (*Rehbinder et al. 2025*).

Selon la circulaire de 2022, les publics cibles des PASS sont « *des personnes en situation de précarité, qui ont besoin de soins ambulatoires et qui ne peuvent y accéder pour diverses raisons* », en l'absence de protection maladie, d'impossibilité de payer, de forte désocialisation, de difficultés à s'orienter dans le système de santé etc. À ce titre, les personnes présentes en France sous visa touristique ne sont pas exclues du champ d'intervention des PASS, bien qu'elles ne soient pas éligibles au DSUV. Le principe de gratuité des soins pour les personnes est un fondement du dispositif depuis la loi de 1998 : la PASS permet un accès sans avance de frais pour le·la patient·e. Elles s'inscrivent dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) et répondent aux missions de lutte contre l'exclusion sociale, les actions d'éducation et de prévention pour la santé.

Cet enjeu d'égalité d'accès aux soins s'inscrit dans un contexte où les personnes en situation de précarité demeurent particulièrement exposées aux discriminations dans différents domaines de la vie sociale, y compris à toutes les étapes du parcours de soins (*Défenseur des droits 2025, 2026a*).

Toutefois, nos équipes terrains font toujours le constat d'une très grande hétérogénéité des PASS, à des degrés divers selon les territoires :

- Une saturation des PASS auprès desquelles elles travaillent et orientent les patient·es ;
- Un accueil parfois conditionné avec des critères d'accès ne correspondant pas au cahier des charges ;
- De difficultés d'accès au plateau technique hospitalier et aux traitements notamment onéreux.

De plus, on peut craindre une nouvelle fragilité de ce dispositif PASS hospitalières : il est désormais financé sur des fonds attribués aux ARS (FIR). Ces fonds ne sont pas pérennes, et sont susceptibles d'être utilisés par les ARS à d'autres fins et pour d'autres dispositifs, lesquels se retrouvent de fait en concurrence les uns avec les autres au niveau territorial.

Dans le même temps, des réformes successives mettent à mal l'hôpital public depuis deux décennies, et les personnels sont aussi très affectés par ces reculs. En 2021, MdM avait réalisé une enquête qualitative sur les difficultés rencontrées par les professionnel·les de trois PASS[14], montrant à quel point ils et elles étaient en porte-à-faux et pris·es dans des contradictions fortes. En effet, d'un côté ces professionnel·les ont une mission de service public, de soins pour tous·tes, dans l'intérêt des patient·es, avec un code de déontologie professionnelle (médical, social) ; et d'un autre côté ils et elles sont confronté·es à un contexte marqué par une pression

11 Définie par la Haute autorité de santé comme « la plus petite unité de production identifiée » dans un hôpital.
12 Leur rôle est défini p.12 de l'instruction ministérielle du 1er avril 2022.
13 En ligne sur le site du ministère de la santé.
14 Médecins du Monde : « *Les difficultés rencontrées par des professionnel·les de PASS dans la prise en charge des populations en situation de précarité. Enquête qualitative auprès des professionnel·les de trois PASS en France en 2018* », mars 2021, 91 p. Non publié.

gestionnaire croissante au sein de l'hôpital, ainsi qu'à des restrictions de plus en plus fortes des droits à une protection maladie pour les personnes en grande précarité.

Ces restrictions touchent particulièrement les personnes étrangères précaires, notamment avec les réformes de 2010, 2019 et 2026, restreignant de façon continue l'aide médicale d'État (AME) et la protection maladie pour les demandeurs d'asile (délai de carence). Elles conduisent mécaniquement à une augmentation des difficultés d'accès aux soins de ces publics, lesquels ne peuvent alors être réalisés que par des dispositifs spécifiques tels que les PASS hospitalières. De fait, la proportion de personnes étrangères ou « issues de l'immigration » en grande précarité est en augmentation dans les files actives des PASS (74 %) (*Rehbinder et al. 2025*), car directement impactée par les reculs des droits au séjour, à l'asile, à une protection maladie, ainsi qu'à la complexification croissante de l'accès effectif à ces droits (dématérialisation, pratiques abusives des administrations…). Ces dispositifs tendent donc à accueillir et devoir prioriser les personnes parmi les plus exclues des droits et des soins, alors qu'ils ont aussi pour mission de favoriser de façon plus large l'accès aux soins à l'hôpital de toute personne démunie.

DES ORIENTATIONS POLITIQUES QUI TENDENT À TOUJOURS PLUS EXCLURE LES PLUS PRÉCAIRES, NOTAMMENT LES ÉTRANGER·ES, DE L'ACCÈS AUX SOINS.

De façon assez schématique il existe aujourd'hui deux façons d'accéder aux soins. D'une part, les personnes bénéficient de droits ouverts à une protection maladie (PUMa avec ou sans complémentaire santé solidaire, ou AME) et peuvent alors prétendre accéder à la plupart des structures de santé (sans pour autant évoquer ici tous les mécanismes de discriminations qui entravent tout de même parfois l'accès aux soins, même pour les personnes ayant des droits ouverts, ni tous les mécanismes de dépassements d'honoraires qui rendent les soins trop coûteux pour une partie importante de la population.) D'autre part, elles n'ont pas de droits, parce qu'elles ne sont pas éligibles ou parce qu'ils ne sont pas ouverts, et pour se faire soigner elles ne peuvent compter que sur les structures dédiées, gérées par des associations, ou sur les PASS hospitalières.

Le problème, c'est que tout un ensemble de réformes, adoptées ces dernières années, tendent à restreindre le nombre de personnes éligibles à des droits de santé : instauration d'un délai de carence incompressible avant de pouvoir demander son affiliation au régime général pour les demandeur·ses d'asile, ou à l'AME, restriction du périmètre des personnes éligibles à l'AME, complexification des procédures de demande (obligation de se rendre en guichet pour les primo-demandes, grande hétérogénéité des pratiques selon les territoires, demandes fréquentes de pièces abusives dans la constitution des dossiers) etc. Autant de mesures qui tendent donc à retarder énormément l'accès aux droits (et donc l'accès aux soins) de milliers de personnes, quand cela n'entraîne tout simplement pas pour ces personnes un accès impossible à des droits de santé et, bien souvent donc, un accès impossible aux soins. Car les structures dédiées pour les personnes sans droits ne peuvent alors bien souvent pas suivre la montée en charge que représente l'augmentation constante du nombre de personnes sans droits… L'augmentation des moyens de ces structures n'étant évidemment pas proportionnelle à l'augmentation de leur fréquentation. Ces structures, comme les PASS donc, doivent alors composer avec le peu de moyens dont elles disposent pour accueillir et soigner des publics de plus en plus nombreux et qui arrivent dans des états de santé de plus en plus dégradés, dus notamment aux conditions de l'exil qui deviennent de plus en plus dures et aux conditions de l'accueil des exilé·es en France qui se durcissent elles aussi énormément ces dernières années.

Effectivement, les réformes concernant l'accès aux droits de santé que nous venons de citer s'inscrivent dans un contexte plus large de réformes engagées pour durcir l'accueil des publics étrangers en France : durcissement de l'accès aux titres de séjour (conditions à remplir pour obtenir ou renouveler un titre, procédure complexifiée avec des outils inopérants comme l'administration numérique pour les étranger·es en France - ANEF, etc.), restriction drastique des moyens alloués au dispositif national d'accueil pour les demandeur·ses d'asile (DNA) etc. Cette dynamique de durcissement des conditions d'accueil devrait d'ailleurs a priori malheureusement se poursuivre suite notamment à la récente adoption du Pacte européen sur la migration et l'asile.

Ces restrictions des conditions d'accueil, qui entraînent dans leur sillage un durcissement des conditions d'accès aux droits de santé, participent donc largement à détériorer l'état de santé des personnes ainsi que les conditions de prise en charge, avec de forts impacts sur les professionnel·les comme sur les patient·es.

02

LES DIFFICULTÉS D'ACCÈS VUES PAR LES ÉQUIPES MDM

LES POINTS ESSENTIELS

Les éléments présentés ci-dessous reflètent les constats et appréciations des équipes de Médecins du Monde concernant les PASS hospitalières qu'elles ont décrites dans le cadre de l'enquête quantitative.

- **16 % des PASS hospitalières décrites ne disposent pas de l'équipe socle complète** telle que prévue par la circulaire DGOS de 2022.
- **45 % des PASS décrites fonctionnent uniquement sur rendez-vous pour les consultations médicales**, avec jusqu'à 1 à 2 mois d'attente dans un quart des cas.
- Pour 26 % des PASS décrites, **3 à 5 contacts sont nécessaires pour obtenir une consultation médicale ou paramédicale.**
- **Les personnes sans droits ouverts à une protection maladie rencontrent davantage de difficultés d'accès aux soins spécialisés, examens et traitements** ; près d'un tiers des personnes non éligibles à une protection maladie ont un accès rare à ces soins, via les PASS décrites.
- **82 % des PASS décrites accueillent généralement bien les personnes**. Toutefois, pour 26 %, il est jugé « probable » que les personnes fassent l'expérience de propos ou comportements discriminatoires.
- Les équipes rapportent des **refus de soins jugés discriminatoires** (entre une fois par semaine à quatre fois par mois) **pour 16 % des PASS décrites.**

Afin de croiser les regards entre les différent·es intervenant·es de terrain (professionnel·les des PASS et équipes de Médecins du Monde), une enquête a été menée auprès des équipes de MdM, comme précisé précédemment[15]. Celle-ci visait à recueillir leurs points de vue et expériences vécues concernant 38 PASS avec lesquelles elles étaient en lien. Les résultats présentés ci-dessous reposent sur les réponses recueillies dans le cadre de cette enquête.

DES PASS HOSPITALIÈRES AUX RESSOURCES HUMAINES VARIABLES

La très grande majorité des PASS décrites sont rattachées à un hôpital public (79 % d'entre elles, les autres sont rattachées

15 Cf. Introduction p. 64 et annexe méthodologie Focus p. 180.

à des établissements privés, à but lucratif ou non[16]), dans un lieu dédié (84 %).

Concernant la constitution des équipes, les constats de nos équipes sont les suivants :

La très grande majorité d'entre elles (**84 %) permet d'accéder aux trois professionnel·les constituant l'équipe socle** d'une PASS hospitalière selon la circulaire DGOS de 2022 (médecin, infirmier·e, assistant·e social·e), mais **16 % n'ont pas cette équipe socle**. Parmi les PASS décrites, 95 % ont au moins un·e travailleur·se social·e ; 87 % ont du temps médical dédié conformément au cahier des charges et **21 % ont un ou des postes de médiateur·rice en santé**. Certaines PASS ont d'autres types d'offres de soins : présence d'un·e psychologue, sage-femme, et de manière plus anecdotique, dentiste, kinésithérapeute. Seule une PASS réalise des soins à domicile.

Des **activités mobiles** sont proposées par 55 % des PASS décrites, dont 3 PASS mobiles (8 %, activités exclusivement mobiles).

Au-delà de ces caractéristiques structurelles, les PASS se distinguent également par des niveaux d'activité et des volumes d'offre de soins variables.

DES OFFRES DE CONSULTATIONS AUX MODALITÉS D'ACCÈS HÉTÉROGÈNES

Parmi les PASS décrites, les consultations infirmières et sociales sont proposées sur un nombre moyen de demi-journées par semaine plus élevé que les consultations médicales (respectivement 7,5 et 8,2 contre 6,3). Par ailleurs, 75 % des PASS proposent au moins 4 demi-journées de consultations médicales, 6 de consultations infirmières et 7 de consultations sociales.

D'une manière générale, les premiers accueils sont le plus souvent accessibles sans rendez-vous mais **21 % des PASS décrites ne proposent un accueil que sur rendez-vous**. Parmi les PASS décrites, **45 % proposent des consultations médicales uniquement sur rendez-vous** ; 26 % des PASS décrites proposent uniquement sur rendez-vous les premières consultations sociales ; et 58 % uniquement sur rendez-vous les consultations de suivi.

Pour 21 % des PASS décrites, les rendez-vous (pour une consultation sociale, médicale ou autre) doivent obligatoirement être pris par téléphone ou mail quelle que soit l'origine de la demande (personnes concernées ou structure accompagnante).

Les délais de rendez-vous médicaux sont de 2 à 3 semaines dans 41 % des PASS décrites et de 1 à 2 mois pour 25 %. Selon les équipes MdM, aucune n'a de rendez-vous médicaux à plus de 2 mois. Parmi les PASS décrites, 67 % proposent des rendez-vous sociaux dans un délai inférieur à 3 semaines dont 38 % un délai inférieur à 1 semaine.

Cette diversité des organisations se traduit également par des pratiques différenciées de gestion des files d'attentes, de réorientation et de sélection des demandes.

RÉORIENTATION ET GESTION DES FILES D'ATTENTE

Pour plus d'un quart des PASS décrites, 3 à 5 contacts sont nécessaires pour obtenir une consultation médicale ou paramédicale. Cette difficulté d'accès semble importante et est génératrice de renoncements aux soins.

Pour 42 % des PASS décrites, les équipes MdM n'observent aucune condition spécifique pour avoir accès à la PASS. **Dans la majorité des cas (55 % des PASS décrites) une ou des conditions sont demandées pour avoir accès à la PASS, de façon plus ou moins négociable** selon les cas : ne pas avoir de couverture maladie, totale ou partielle, ne pas être au-dessus du plafond de ressources pour l'AME, avoir une pièce d'identité, ne pas avoir un visa court séjour (touristique ou autre), parler français, ou ne pas parler français, avoir un besoin de soins assez urgent, avoir besoin du plateau technique de l'hôpital. Les 3 % restants n'ont pas été renseignés (« ne se prononce pas »). Par ailleurs, **74 % des PASS décrites remettent des « bons PASS »**[17] aux personnes pour qu'elles puissent avoir accès aux consultations spécialisées externes à la PASS : plateau technique, pharmacie, soins bucco-dentaires… Ce résultat suggère que les personnes accueillies nécessitent fréquemment une continuité de prise en charge au-delà de la consultation initiale, témoignant de besoins de santé souvent importants et nécessitant un suivi coordonné.

Pour 29 % des PASS, les équipes de Médecins du Monde observent fréquemment (chaque semaine) **que des personnes sont renvoyées au premier accueil sans**

16 Lors de leur création en 1998, les PASS étaient expressément rattachées aux établissements de santé, publics et privés, participant au service public hospitalier. Aujourd'hui des établissements privés commerciaux peuvent aussi être habilités à participer au service public hospitalier.
17 Document papier provisoire remis aux personnes pour avoir accès aux consultations spécialisées, examens de laboratoire, de l'imagerie médicale et d'obtenir des médicaments prescrits sans avance de frais, à l'hôpital.

consultation ni rendez-vous donné. Pour 32 % des PASS décrites, les équipes MdM n'observent jamais de renvois sans rendez-vous donné.

Près de la moitié des PASS décrites (47 %) réorientent des personnes vers MdM[18]. Il s'agit notamment, selon les PASS : des personnes sous visa touristique ou autre visa de court séjour, des personnes perçues comme « de passage », des personnes non éligibles à une protection maladie, de personnes dont les soins sont considérés comme non urgents ou n'ayant pas besoin du plateau technique, des personnes ayant besoin de soins non disponibles dans la PASS, des personnes suivies socialement à MdM, parfois des personnes devant faire renouveler leur AME… Ces réorientations par le service public sur les centres de Médecins du Monde peut correspondre à plusieurs types de situations. Elles sont parfois faites en lien avec l'équipe MdM mais parfois non.

Face à leur saturation, des PASS doivent mettre en place des critères de priorisation plus ou moins formalisés pour l'accueil et le suivi des personnes malades. Ces critères peuvent être médicaux (gravité de la pathologie, priorisation des personnes ayant des pathologies chroniques…). Ils peuvent aussi être liés à la solvabilité potentielle du·de la patient·e pour l'hôpital (c'est-à-dire à l'éligibilité du·de la patient·e à une protection maladie partielle ou totale), ou encore parfois à des représentations de professionnel·les sur la légitimité de certain·es patient·es à être soigné·es « gratuitement » à l'hôpital[19]. Enfin, face aux fortes difficultés d'accès à une protection maladie et au manque crucial d'accompagnement des personnes à la constitution de leur dossier, des PASS réorientent également des personnes sur MdM pour l'ouverture de leur droit à une protection maladie, alors que cela relève des missions de l'Assurance maladie.

ACCÈS INÉGAL AUX CONSULTATIONS SPÉCIALISÉES, AU PLATEAU TECHNIQUE, ET AUX TRAITEMENTS

TABLE 1 - PRISE EN CHARGE PROPOSÉE (CONSULTATIONS SPÉCIALISÉES, EXAMENS COMPLÉMENTAIRES ET TRAITEMENTS) DANS 38 PASS SELON LES ÉQUIPES DE MDM EN 2025

	Consultations spécialisées	Examens complémentaires	Traitements
Possibilité d'accès aux prestations[1]			
Accès souvent ou toujours possible	68 %	82 %	87 %
Étendue des prestations accessibles			
Accès à tous les types (de consultations spécialisées, d'examens complémentaires, de traitements)	35 %	32 %	18 %
Accès à certain·es seulement	32 %	37 %	68 %
Personnes pouvant accéder aux prestations			
Une fois pour un problème de santé	39 % [29 % - 51 %]		30 %
Accès pour toutes les personnes	42 %	45 %	47 %
Accès pour les personnes éligibles à une protection maladie sans droits ouverts	34 %	32 %	34 %
Accès rare pour personnes non éligibles à une protection maladie	32 %	34 %	34 %

1 Sur 38 PASS décrites. Chaque ligne est une question distincte, certaines à réponses multiples.

Lecture : Selon les équipes de MdM, 68 % des 38 PASS décrites avec lesquelles elles sont en lien offrent un accès souvent ou toujours possible aux consultations spécialisées

18 Pour 35 % des PASS décrites, les équipes MdM ne se prononcent pas ; données manquantes pour 4 PASS.
19 Cf. Points de vue des professionnel·les de PASS p. 102.

Selon les équipes MdM, 68 % des PASS permettent souvent ou toujours l'accès à des consultations spécialisées lorsque les personnes en ont besoin. Toutefois, seules 35 % permettent l'accès à l'ensemble des consultations spécialisées, tandis que 32 % ne permettent l'accès qu'à certaines spécialités et 8 % à aucune.

L'accès varie également selon le profil des personnes concernées. Selon les équipes MdM, 42 % des PASS décrites permettent l'accès aux consultations spécialisées à toutes les personnes en ayant besoin. **Près d'un tiers (32 %) des PASS décrites permettent rarement l'accès à ces consultations spécialisées pour les personnes non éligibles à une protection maladie** en ayant besoin. On voit ainsi une vraie difficulté, selon les équipes MdM, d'accès aux consultations spécialisées.

Selon les équipes MdM, 82 % des PASS décrites donnent souvent ou toujours **accès aux examens complémentaires**, 32 % des PASS observées donnent accès à tous les examens. **Pour 34 % des PASS décrites, les équipes MdM estiment que l'accès aux examens complémentaires est rare pour les personnes non éligibles à une protection maladie.**

Selon le type d'examens à effectuer, le degré d'urgence et la nécessité immédiate, certains examens et consultations peuvent être différés pour les patient·es sans protection maladie dans l'attente d'ouverture des droits (sécurité sociale, C2S, AME). Ces pratiques de report de soins sont, selon nos équipes, parfois compréhensibles et sans perte de chance pour les patient·es, et parfois au contraire critiquables d'un point de vue médical, entraînant une perte de chance et constituant des soins « au rabais » pour les patient·es sans droits ouverts. Des entretiens menés avec les professionnel·les[20] confirment en effet ces constats.

Dans les commentaires libres du questionnaire, des équipes MdM soulignent aussi l'importance des « affinités interservices » entre la PASS et les services de spécialités, pour l'accès des patient·es aux consultations spécialisées et plateau technique. Cela montre en effet l'importance des liens informels établis entre professionnel·les des différents services (médecins, travailleur·ses sociaux·les…), pouvant être bloquant ou facilitant pour l'accès aux soins des patient·es PASS.

Parmi les PASS décrites 87 % donnent souvent ou toujours accès aux traitements. Seules 18 % donnent accès à tous les traitements, 68 % donnent accès à certains traitements seulement, excluant les traitements dits onéreux (trithérapies, chimiothérapies…) ou ceux qui ne disposent d'aucun équivalent dans la pharmacie hospitalière (11 PASS sur 26). **Pour 34 % des PASS, les équipes MdM estiment que l'accès aux traitements est rare pour les personnes non éligibles à une protection maladie.**

DES ARTICULATIONS HOSPITALIÈRES PARFOIS FRAGILES

Selon les équipes MdM, pour 40 % des PASS décrites leur **lien avec le service des urgences n'est pas trop ou pas du tout bien établi** : les patient·es sans protection maladie pris en charge aux urgences ne sont pas suffisamment orienté·es sur ces PASS. Or cette orientation est essentielle pour leur accès aux traitements, à une prise en charge sociale et à la suite du parcours de soins.

Pour près d'un quart (21 %) des PASS décrites, les professionnel·les ont un recours insuffisant ou très insuffisant au **Dispositif pour les soins urgents et vitaux (DSUV[21])**[22].

Par ailleurs, les équipes MdM accueillent régulièrement des patient·es ayant reçu **des factures hospitalières** après des soins réalisés en PASS ou via la PASS, et alors que selon nos équipes ces soins ne devraient pas être facturés à la personne[23] : une fois par mois pour 16 % des PASS décrites, moins d'une fois par mois pour 13 %.

20 Cf. Des contraintes et inégalités persistantes dans l'accès aux soins spécialisés p. 105.
21 Cf. Les PASS hospitalières : accueillir, soigner et orienter dans un système sous tension p. 94.
22 Dans un peu plus d'un quart des cas (26 %) les équipes MdM ne se prononcent pas.
23 Mais pris en charge par le budget PASS, le mécanisme de la rétroactivité des droits ou le fonds pour les soins urgents et vitaux.

L'INTERPRÉTARIAT PROFESSIONNEL INSUFFISAMMENT DISPONIBLE

Malgré les difficultés auxquelles les équipes professionnelles des PASS sont confrontées, les équipes de Médecins du Monde portent globalement une appréciation positive sur l'accueil et la qualité des prises en charge proposées au sein des PASS.

Le recours à l'interprétariat professionnel en santé dans les PASS décrites, selon les équipes MdM, est présent mais insuffisant. Il est très peu mobilisé lors de **l'accueil initial** en PASS : il est disponible et utilisé dans **24 % des PASS décrites, et indisponible dans 26 % des PASS**. Lors des **consultations de médecine générale PASS, il est disponible et utilisé dans 61 % des PASS décrites, disponible mais utilisé dans 18 % des PASS décrites, pas du tout disponible dans 8 % des PASS**. La disponibilité de l'interprétariat professionnel ne garantit toutefois pas son utilisation. Les écarts observés entre disponibilité et recours effectif invitent ainsi à interroger non seulement les moyens alloués, mais également les pratiques professionnelles et les conditions de mobilisation du service.

UN ACCUEIL JUGÉ GLOBALEMENT POSITIF MALGRÉ DES DISCRIMINATIONS PERSISTANTES

Selon les intervenant·es MdM **82 % des PASS décrites accueillent généralement bien les personnes (posture sans jugement, respect)** et 79 % proposent une prise en charge jugée de bonne qualité. Toutefois, pour **26 % des PASS décrites**, il est jugé **« probable » que les personnes fassent l'expérience de propos ou comportements discriminatoires**[24] ; cette situation est jugée « peu probable » pour 45 % des PASS décrites, pour seulement 24 % des PASS cette situation est jugée « improbable » et 5 % des équipes ne se prononcent pas.

Par ailleurs, des **refus de soins jugés discriminatoires** sont rapportés de manière fréquente (entre une fois par semaine à quatre fois par mois) **pour 16 % des PASS décrites ; aucun refus de soins** jugé discriminatoire n'est observé **dans 61 %** des PASS décrites. Lorsque des intervenant·es MdM ont été témoins ou informé·es de faits ou de propos jugés discriminatoires, ils concernent le plus souvent le statut migratoire (9 PASS) ou l'origine des personnes (5 PASS).

Dans leur ensemble, ces résultats mettent en évidence une forte hétérogénéité des PASS en termes de ressources, d'organisation et de pratiques. Si les équipes MdM décrivent majoritairement des dispositifs accueillants et engagés dans l'accès aux soins, elles soulignent également l'existence d'obstacles importants à l'accès à la PASS elle-même, aux soins spécialisés, à l'interprétariat professionnel, à certains traitements, au plateau technique et aux consultations de second recours hospitalier. Elles relatent aussi l'existence de pratiques, de propos et parfois de refus de soins discriminatoires, et mettent aussi en évidence des inégalités d'accès selon la situation administrative des personnes, notamment pour celles non éligibles à une protection maladie.

24 Il s'agit de constats et d'appréciations des équipes MdM, forgés à partir de l'accueil, du suivi et parfois de l'accompagnement de patient·es orienté·es et suivi·es en PASS ; la définition légale des discriminations et de ses différents critères était précisée dans le questionnaire, art. 225-1 à 225-26 du code pénal. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000006149830/#LEGISCTA000006149830

03

POINTS DE VUE DE PROFESSIONNEL·LES DE PASS

LES POINTS ESSENTIELS

Les éléments présentés ci-dessous synthétisent les principaux enseignements tirés des entretiens réalisés auprès de professionnel·les de six PASS hospitalières en 2026.

- **Malgré un fort engagement des équipes, les PASS se heurtent à des moyens humains, financiers et matériels insuffisants qui limitent leur capacité à répondre à l'ampleur croissante des besoins.**
- **Les parcours des patient·es sont très fortement entravés par la complexification croissante de l'accès aux droits et une précarité résidentielle subie qui fragilisent la continuité des soins, le travail des professionnel·les et contribuent à la saturation des PASS.**
- **De fortes inégalités existent dans l'accès aux soins spécialisés, aux soins dentaires et à la santé mentale sous l'effet de contraintes financières, de la saturation des services, de l'insuffisance de l'offre disponible et parfois de pratiques et représentations inhospitalières.**
- **L'accès effectif aux soins nécessite une prise en charge souple et individualisée, adaptée aux vulnérabilités des personnes et à l'ensemble de leurs difficultés sociales, administratives et sanitaires.**
- **Les PASS tentent d'assurer un rôle central de coordination des parcours, en articulant urgences, consultations hospitalières, accès aux droits et orientation vers les soins de ville afin de limiter les ruptures de prise en charge.**

Afin de mieux comprendre le fonctionnement concret des PASS et les enjeux rencontrés par leurs équipes, nous avons réalisé six entretiens semi-directifs de 45 min à une heure auprès de professionnel·les exerçant dans six PASS hospitalières[25]. Ces entretiens ont été analysés selon la méthode par codage. Cette analyse permet d'explorer plus finement les pratiques, les arbitrages et les contraintes qui structurent l'activité quotidienne de ces dispositifs.

DES MODALITÉS D'ACCÈS ET DE PRIORISATION TRÈS HÉTÉROGÈNES

Les professionnel·les de PASS interviewé·es décrivent des modalités d'organisation et d'accès très hétérogènes. Selon la description qu'ils et elles en font, les « premiers accueils » sont

25 Pour plus de détails voir l'annexe 3 « méthodologie du focus » p. 180.

assurés, selon les cas, par une secrétaire (depuis longtemps à la PASS, formée sur les questions sociales), des agent·es, des aides-soignant·es, un·e infirmier·e, un·e médiateur·rice…

Une PASS ayant une file active très importante doit trouver une organisation pour gérer des files d'attente conséquentes, sans rendez-vous, et tente fréquemment des nouvelles adaptations :

> *Déjà il y a l'ordre d'arrivée qui est un critère de priorisation de fait, et il y a surtout qu'à un moment et en général relativement tôt en général vers 10h00, 10h30, on arrête de recevoir des nouveaux, en fait. On leur dit de revenir le lendemain parce qu'à 10h30, on en a déjà 60 à peu près. Et nous, on ne peut pas recevoir plus que 60. (…) Ils arrivent à 07h00, en fait, nous on ouvre à 07h30, il y a déjà du monde qui est là. Mais contrairement à certaines années, y a eu des années où on avait essayé de faire un truc, un système avec des tickets, des trucs comme ça. Et du coup, là c'était un peu la foire d'empoigne. […] Après on essaye, on a essayé plein de trucs, des tickets, des… En fait bon là on a, on a trouvé un truc qui est pas mal, on a un médiateur qui prend, qui inscrit les gens.*
> **(professionnel·le de PASS)**

Dans le cas d'une PASS, dont la file active est largement inférieure, l'accessibilité est assurée uniquement sur rendez-vous, pris physiquement au secrétariat de la PASS. Les rendez-vous médicaux sont donnés avec un délai de 2 à 3 semaines, avec possibilités de prendre des personnes plus tôt en cas d'urgence si elles sont référées par des partenaires ou des services internes.

Dans une autre PASS, l'accès aux consultations sociales se fait uniquement sur rendez-vous. L'infirmière, plus disponible que l'assistante sociale, peut faire une première évaluation des besoins de la personne au niveau médical et socio-administratif.

Dans une autre PASS encore, c'est la secrétaire qui analyse les différentes situations, souvent complexes, sur le plan administratif, social et médical, afin de définir l'ordre des priorités de la consultation et la nécessité éventuelle d'un rendez-vous avancé :

> *Notre délai moyen, quand on regarde tous nos rendez-vous, il est autour [de] 2 et 3 semaines., mais ça ne veut pas dire grand-chose je trouve de donner ce chiffre de 3 semaines [Parce qu'on laisse tous les jours des places sans rendez-vous], parce que c'est calculé au cas par cas. Par exemple une femme enceinte qui est à un mois ou deux de grossesse, on sait qu'il faut vraiment la voir avant sa 10e semaine pour pouvoir prévoir l'échographie à la 12e semaine, et qu'il n'y ait pas de perte de chance dans ses soins. Donc à ce moment-là on va la programmer 4 semaines après son appel.*
> *Si on a quelqu'un qui est diabétique et qui a des médicaments, on va lui demander pour combien de temps il a des médicaments et on essaiera de le voir avant la rupture des médicaments. S'il y a un partenaire qui a vu la personne, que ce soit Médecins du Monde, ou l'OFII, ou d'autres partenaires, [on va] voir avec eux quel [est le] moment [le plus pertinent]. Ce n'est pas une priorité par rapport à une pathologie, mais c'est plus par rapport à un besoin spécifique, soit du traitement, soit d'une imagerie, soit d'une prise de sang. Voilà donc c'est plus comme ça et c'est pour ça que la secrétaire détricote beaucoup les situations. C'est pour arriver à mettre les gens au bon moment, au bon endroit.*
> **(professionnel·le de PASS)**

Ces exemples illustrent la diversité des réponses organisationnelles développées par les PASS pour accueillir les personnes et gérer les files d'attente. Ils montrent également que les pratiques de priorisation ne se réduisent pas à l'application de critères formels, mais peuvent mobiliser un important travail d'évaluation et de coordination visant à orienter chaque personne « au bon moment, au bon endroit » et à préserver la continuité des soins.

UN RÔLE FONDAMENTAL POUR LES SITUATIONS DE POST-URGENCES

Les liens entre le service des urgences et les PASS constituent un enjeu important, afin que les personnes sans protection maladie passant par les urgences sans être hospitalisées, puissent avoir leurs soins et traitements, sans avoir à en supporter le coût, immédiatement ou en différé (factures hospitalières reçues après les soins). Les entretiens font écho aux observations des équipes MdM, selon lesquelles dans 40 % des PASS décrites, les liens avec les services d'urgences sont jugés peu ou pas suffisamment établis.

Un·e professionnel·le souligne que le nombre de patient·es sans droits passant par le service des urgences, est supérieur à la file active de la PASS, il·elle qualifie alors celle-ci de « PASS invisible » :

> *Les urgences du CHU voient énormément de gens sans droits, donc il y a une PASS invisible au sein du CHU qui est cette PASS des urgences. Nous on a des files actives, […] de 3 000 patients à la PASS à peu près différents sur l'année. Les urgences, ils en ont plus de 4 000 sans droits.*
> **(professionnel·le de PASS)**

Une autre professionnelle explique qu'une partie importante du travail de la PASS est l'accueil des patient·es post-urgence :

> *Un gros travail des PASS aussi, c'est le post-urgences, donc des personnes qui n'ont pas de droit à la sécurité sociale, qui sont passées aux urgences avec des nécessités de soins derrière. Nous avons mis en place un parcours avec les urgences. Du coup les médecins peuvent donner aux patients une [feuille de] « reconvocation PASS » […] pour le prochain jour ouvré. […] c'est la collègue infirmière qui fait le premier accueil de ces patients aussi qui sortent des urgences. Donc on a quand même la capacité de recevoir des personnes non programmées.*
> **(professionnel·le de PASS)**

Dans une autre PASS encore, un·e professionnel·le souligne l'importance d'un **poste d'infirmier·e de coordination de parcour**s au sein du service des **urgences** :

> *[Les médiateur·rices en santé, les infirmier·es de coordination], ça c'est des postes hyper importants. Par exemple, nos urgences ici ont un·e infirmier·e de coordination de parcours. Et c'est avec [elle] où il y a l'essentiel de notre travail, même si elle dépend des urgences. Oui en fait même si on a fait des séances de sensibilisation à la précarité à la PASS auprès des soignants des urgences, il y a quand même un certain turnover. Il y a des changements d'internes, des changements… Il y a aussi la situation des urgences en soi qui fait que, par moment, on passe à côté du patient qui n'a pas de droits. Et donc cette infirmière de coordination avec elle on revoit certains dossiers qui sont passés, elle identifie s'il y a des choses qui sont passées à la trappe et elle nous recontacte. Elle prend les rendez-vous pour les patients, elle regarde avec nous qu'est-ce qui a besoin d'être fait, dans quelle temporalité. Et donc il y a quand même ce travail-là pour justement qu'on puisse remplir notre fonction aussi à la PASS, qui est comme un levier pour éviter les recours non justifiés aux urgences.*
> **(professionnel·le de PASS)**

Et, pourrait-on ajouter, tout ce travail est un levier pour éviter les renoncements aux soins, pour des personnes qui auront été découragées, qui auront reçu par la suite une facture hospitalière, avec parfois un impact important sur leur vie qui auront désormais peur d'avoir à payer. On voit ici que la continuité des soins pour un·e patient·e sans droit demande une importante coordination entre acteur·rices au sein de cette organisation complexe qu'est un hôpital.

Les entretiens soulignent l'importance des liens essentiels entre les PASS et les services d'urgences. Une part importante des personnes sans droit entre à l'hôpital par les urgences sans nécessairement accéder ensuite à la PASS, ce qui peut empêcher ou fragiliser une continuité des soins et l'accès à une protection maladie. Les dispositifs de repérage, d'orientation et de coordination mis en place localement jouent alors un rôle essentiel pour éviter les ruptures de parcours, les renoncements aux soins, les facturations aux patient·es et les passages répétés aux urgences. Ils reposent toutefois sur un travail important de coopération entre les différent·es professionnel·les de l'hôpital.

UNE NÉCESSAIRE ADAPTATION DE LA PRISE EN CHARGE AUX VULNÉRABILITÉS DES PATIENT·ES

Les professionnel·les soulignent l'importance d'adapter la prise en charge aux personnes en situation de vulnérabilité, notamment avec un premier accueil attentif et dans la mesure du possible en assurant une confidentialité, en concentrant les soins sur une journée, et en prenant le temps de faire des consultations plus longues.

Ici l'importance de l'attention portée lors du premier accueil est évoquée :

> *Le fait qu'il y ait un professionnel de la PASS, médiateur ou infirmier, en premier accueil, ça nous permet quand même de repérer, d'offrir un espace de premier accueil confidentiel, (…) où on peut prendre la demande de la personne, repérer assez facilement si [elle] est en capacité d'attendre ou non dans la salle d'attente, […] Et d'organiser les choses de façon la plus personnalisée possible.*
> **(professionnel·le de PASS)**

À propos d'une personne consommatrice de produits psychoactifs, « qui avait été très stigmatisée aux urgences » :

> *C'était une personne toxicomane qui venait demander [le produit qu'elle consomme]. L'équipe avait repéré qu'il y avait probablement un problème de santé sous-jacent beaucoup plus grave. Mais avec une défiance importante envers l'institution aggravée aussi par ce passage aux urgences. [L'équipe] m'avait contactée, […] on en avait discuté par téléphone. On a besoin d'un scanner, d'un bilan, d'une consultation médicale. Dans le même temps c'est quelqu'un, [qu'il allait] être compliqué de mobiliser pour venir plusieurs fois. On s'est fait confiance, et j'ai organisé dans le même temps la consultation, le scanner, le bilan. On avait réussi à faire ça sur une journée pour que ce soit acceptable pour la personne.*
> **(professionnel·le de PASS)**

Ou encore la nécessité d'avoir du temps pour la première consultation de médecine générale, et d'avoir une prise en charge globale :

> *Les projets thérapeutiques aussi si on n'accompagne pas toutes les difficultés qui sont avec, ils sont parfois voués à l'échec. […] Le besoin de cet accompagnement, justement, au moins au tout début, [est important] pour pallier les différents facteurs de vulnérabilité au moment où le projet se concrétise. […] les personnes qui sont à la rue, les personnes qui viennent d'arriver, passent par la rue, les haltes de nuit, des hébergements [ponctuels] par le 115, après une mise à l'abri dans un lieu un peu temporaire. Et ça prend 2 ans pour rentrer dans un CHU ou CHRS[26], ça fait quand même beaucoup d'errance. Et si aujourd'hui, il y a des patients qu'on va pouvoir orienter au bout de 3, 4, 5, 6 mois de suivi, ces patients-là, on va devoir les garder un an, un an et demi, 2 ans, le temps que le projet de vie se stabilise pour qu'on puisse après faire le relais.*
> **(professionnel·le de PASS)**

Les entretiens soulignent l'importance d'une prise en charge souple et individualisée fondée sur la prise en compte des déterminants sociaux et capable de s'adapter aux vulnérabilités des personnes. Le temps accordé à l'accueil, la coordination des soins, la prise en compte de l'ensemble des difficultés rencontrées et l'accompagnement dans la durée sont présentés comme des éléments déterminants pour rendre les soins accessibles et éviter les ruptures de parcours.

DES CONTRAINTES ET INÉGALITÉS PERSISTANTES DANS L'ACCÈS AUX SOINS SPÉCIALISÉS

ACCÈS AUX CONSULTATIONS SPÉCIALISÉES ET AU PLATEAU TECHNIQUE : L'EXISTENCE DE PRISES EN CHARGE DIFFÉRENCIÉES SELON LES PATIENT·ES ET MALGRÉ L'ENGAGEMENT DE PROFESSIONNEL·LES

La plupart des professionnel·les interviewé·es évoquent des arbitrages auxquels ils et elles sont confrontées concernant la réalisation des examens pour les personnes non éligibles à une protection maladie. Bien que le financement de ces prises en charge relève des missions des PASS, les ressources disponibles apparaissent limitées au regard des besoins. Les observations des équipes de Médecins du Monde vont dans le même sens (*cf. table 1 p. 99*).

> *[Pour] une personne [dont] on sait que pour l'instant il n'y a pas de droits potentiels, la PASS a une petite enveloppe pour financer des consultations ou des examens d'imagerie ou des bilans. […] par exemple [pour] quelqu'un dont on pense, qu'il a une pathologie cardiaque, mais on ne voit pas de critères de gravité. Il [peut] y avoir une nécessité de faire, une IRM cardiaque, un coro-scanner pour en savoir un peu plus. […] si cet examen va nous permettre d'avancer en tout cas dans le soin ou dans la thérapeutique [alors on va le financer]. Si ça ne nous permet pas d'avancer ou que derrière ça implique d'autres examens plus coûteux que la PASS ne pourra pas prendre en charge, on ne finance pas. Mais bon, c'est vraiment de la discussion au cas par cas, parce que ce n'est pas simple, jamais simple.*
> **(professionnel·le de PASS)**

Les professionnel·les peuvent être conduit·es à différer certains examens ou à adapter les parcours de soins en fonction des ressources disponibles, des possibilités de prise en charge et de la situation médicale des patient·es. Certains de ces arbitrages visent à limiter les pertes de chance pour les patient·es, d'autres peuvent néanmoins en produire. Ils conduisent à **des prises en charge différenciées selon le niveau de protection maladie et les ressources mobilisables par les dispositifs.** Ainsi, des personnes non éligibles à une protection maladie peuvent ne pas accéder aux mêmes examens, avis spécialisés ou options thérapeutiques que d'autres patient·es. Cette situation traduit des effets de contraintes structurelles et de modes de financement qui participent à la production d'inégalités d'accès aux soins, et parfois de pratiques excluantes voire discriminatoires.

Parfois les décisions sont prises après une évaluation de la situation avec des médecins spécialistes sollicité·es par téléphone :

> *En tout cas dans notre activité de la PASS, y a aussi beaucoup de choses qu'on fait… Par exemple, au lieu d'envoyer quelqu'un en consultation parce que soit la personne va devoir payer, soit le service va devoir payer, on appelle les collègues spécialistes. On fait le [point] à distance... par exemple on va découvrir une arythmie [sans critères de gravité] chez une personne : dans le soin courant on l'enverrait chez le cardio[logue]. Là, on ne peut pas. Nous, on a à disposition des médicaments peu coûteux qu'on va pouvoir donner à la personne. et on avance comme ça.*
> **(professionnel·le de PASS)**

Ce·tte professionnel·le souligne que certains services spécialisés sont confrontés à d'importantes tensions de capacité et à des listes d'attente très longues et que ceux-ci sont aussi

26 CHU : Centre d'hébergement d'urgence ; CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale.

les plus difficiles d'accès. Les pratiques de priorisation, ou de tri des patient·es, qui y sont observés lui semblent parfois discriminatoires. À propos « des services qui stigmatisent les patient·es PASS » :

> *Il y a le coût, c'est clair, parce qu'il y a des spécialistes […] [qui] ont pu nous dire à des moments : « oui mais bon du coup c'est nos impôts qui payent ». Donc pour eux c'est une question d'argent. Je pense qu'il y a aussi une question de priorisation sur des services en tension en termes de places et en termes de temps de soin. […] Mes collègues de la pédiatrie en parleront mieux, mais par exemple en neuropédiatrie […] il y a des listes d'attente de fou. […] C'est des enfants qui ont des épilepsies très sévères, des handicaps très sévères. C'était souvent un service avec lequel c'était compliqué. Mais parce que déjà ils n'ont pas de place. […] ils ont l'impression […] qu'ils doivent prioriser, […] [il] faudrait leur poser la question […] en tout cas c'est ressenti comme ça.*
> **(professionnel·le de PASS)**

Inversement le lien est plus facile avec les services ayant davantage une approche de médecine globale, et non une approche très focalisée sur les actes techniques :

> *Il y a des réalités de terrain. […] les services qui sont le plus en tension, au niveau financier, ça mène à du refus de soin. Je pense à l'hématologie [ou] certains services de chirurgie aussi, ils ont pas du tout cette culture de penser le soin de façon globale ; c'est l'acte technique. [A l'inverse] les services de médecine comme l'infectiologie, la diabétologie c'est des services qui sont dans la prise en charge beaucoup plus globale, avec qui on arrive bien à discuter et qui sont sensibilisés quand même à ces questions.*
> **(professionnel·le de PASS)**

On peut ainsi distinguer plusieurs dimensions qui s'entremêlent dans les facteurs de « soins au rabais » ou de refus de soins à l'hôpital : la **dimension financière** - coût des soins, des actes, des examens, des traitements mais aussi les modalités de financement et de prise en charge des structures et des soins ; **la rareté de l'offre de soin disponible** - niveau de sollicitation et saturation des services ; et la **culture professionnelle** - notamment l'opposition entre une approche centrée sur l'acte technique et une prise en charge plus globale des personnes.

Ce·tte professionnel·le décrit **la difficulté d'accès dans les services spécialisés**, et de ce fait le besoin fréquent d'accompagner physiquement les personnes pour franchir ce barrage. Cette question est d'autant plus importante que, selon les équipes de Médecins du Monde, 74 % des PASS décrites remettent aux patient·es un « bon PASS » permettant l'accès aux consultations spécialisées, au plateau technique ou à la pharmacie hospitalière.

Au cœur des enjeux de circulation des personnes en grande précarité apparait ainsi la question de l'informatisation des parcours, en plus de la remise de « bon PASS » papier :

> *Les gens ont besoin de ce bon PASS pour passer les bureaux d'accueil. C'est vraiment ça l'enjeu […]. L'accès aux soins dans l'hôpital ne se fait plus que par les bureaux administratifs du service concerné. […] Une personne pour qui on a pris un rendez-vous avec un oncologue, parce qu'on pense qu'elle a un cancer du sein très grave, si le jour de la consultation elle a perdu sa fiche PASS… [il n'y aura pas de consultation]. On communique avec les BE [bureaux des entrées], on envoie des mails, mais ce n'est pas tracé dans le logiciel administratif. Si la personne ne présente pas physiquement la fiche, il n'y aura pas de [consultation]. C'est des problèmes de logiciels aussi qui sont aussi au cœur de questions pour la circulation des patients dans l'hôpital. Pour l'accès aux consultations spécialisées, il faut arriver à passer ce bureau administratif, et pour certaines personnes, ça peut être compliqué, parce qu'il faut penser à avoir sa fiche de liaison, son document d'identité […]. Quand il y a un accompagnement physique avec la personne, ça marche bien.*
> **(professionnel·le de PASS)**

Dans une autre ville, un·e professionnel·le relate la difficulté d'accéder à des soins en oncologie dans un hôpital « privé-public » pour les patient·es non éligibles à une protection maladie dans les trois mois, et qui sont donc potentiellement non solvables pour l'établissement :

> *[cette structure] peut aussi accueillir des personnes là-bas qui n'avaient pas d'assurance maladie. Il y a aussi des assistantes sociales là-bas. Il y a eu peut-être une petite période de ping-pong entre les 2 institutions. […] nous on ne savait pas trop comment faire parce que on relançait chaque semaine les demandes de consultation. […] Il n'y a pas de PASS, c'est un service social. […Les personnes concernées] étaient souvent des demandeurs d'asile [dans les 3 mois du délai de carence].*
> **(professionnel·le de PASS)**

Inversement ici ce·tte professionnel·le décrit comment, parfois, les choses se passent bien avec des services bien informés, qui mettent en œuvre des bonnes pratiques pour permettre au patient·e de suivre son parcours de soins sans encombre au sein de l'hôpital :

> *Si dans un service ça roule, ils savent comment fonctionne la fiche PASS, ils savent que les médicaments [doivent être] délivrés. Ils savent nous réorienter les personnes. C'est mieux que si la personne sort du service sans ses injections d'anticoagulants [par exemple].*
> **(professionnel·le de PASS)**

Les situations décrites mettent en évidence que l'accès aux soins spécialisés ne dépend pas uniquement des besoins médicaux des personnes. Il est également façonné par les contraintes budgétaires, l'éligibilité des patient·es à une protection maladie, les capacités d'accueil des services, les procédures administratives ou leur absence, la disponibilité et la circulation des informations dans les systèmes d'information hospitaliers ainsi que les cultures professionnelles et parfois les représentations des professionnel·les sur la légitimité de l'accès aux soins pour tel ou tel type de public. Les PASS décrites jouent alors un rôle d'interface essentiel pour réduire et contourner les obstacles à l'accès aux soins, sans pouvoir toutefois les lever entièrement, ce qui peut conduire à des prises en charge différenciées et parfois à des renoncements ou reports de soins.

ACCÈS AUX TRAITEMENTS

Le coût des traitements semble également un paramètre central de l'accès aux soins. Un·e professionnel·le dit qu'il·elle va vérifier le coût des traitements dans un fichier hospitalier, et selon lui·elle la PASS ne délivre pas de médicaments onéreux :

> *Sur des traitements qui sont onéreux, plusieurs centaines d'euros, voire plusieurs milliers d'euros en général on met le holà, on appelle le médecin prescripteur, on voit si c'est possible de prescrire une autre molécule qui est équivalente et qui coûte moins cher. On essaye de trouver des solutions. […] après ça dépend. Si par exemple c'est une injection […] Enfin après je ne connais pas le prix de tous les traitements, mais on a un fichier, en fait, qui nous donne accès aux prix des médicaments, et en fait je sais qu'il y a un budget. Enfin, en fait j'en sais rien. Je sais qu'on ne délivre pas les traitements qui sont très onéreux. Plusieurs centaines, plusieurs milliers d'euros, on ne les délivre pas, on essaie de trouver des alternatives.*
> **(professionnel·le de PASS)**

Sans information supplémentaire, on peut se demander si un tel fichier existe pour l'ensemble des patient·es dans cet hôpital, ou s'il est réservé aux « patient·es PASS », auquel cas il constituerait un outil de type discriminatoire.

RECOURS AU DISPOSITIF POUR LES SOINS URGENTS ET VITAUX (DSUV)

Selon les équipes MdM, dans près d'un quart (21 %) des PASS décrites les professionnel·les ont un recours insuffisant ou très insuffisant au dispositif pour les soins urgents et vitaux (DSUV).

Le dispositif permet un financement des soins urgents dans des établissements de santé pour les personnes sans droits ouvrables, définis comme des soins « *dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître* »[27]. Concrètement, il concerne notamment les personnes non éligibles à l'AME ou encore les personnes demandeuses d'asile dans les trois mois après le dépôt de leur demande d'asile.

Les professionnel·les interviewé·es ne disent pas rencontrer de difficultés importantes à mobiliser le DSUV pour les patient·es sans droits ouvrables ayant besoin de soins urgents et vitaux. Un·e professionnel·le cependant exprime son inquiétude :

> *Pour le moment oui [on arrive à faire du DSUV] et on croise les doigts […] pour le moment ça marche le DSUV. Mais jusqu'à quand ? Quand est-ce qu'on ne sera pas bloqué ? Ça on ne sait pas… si l'hôpital n'est pas remboursé de ses soins, je ne sais pas comment il va tenir […], dans ces cas-là comment on fera les soins ?*
> **(professionnel·le de PASS)**

Il est paradoxal que les professionnel·les évoquent fréquemment des contraintes financières comme obstacle à l'accès aux soins (cf. témoignages ci-dessus) et en même temps disent ne pas avoir de difficulté à mobiliser le DSUV qui justement est là pour lever la barrière financière. Ce paradoxe provient peut-être de la différence d'évaluation des situations médicales des patient.es et des ressentis entre les équipes PASS et les équipes MdM. On peut aussi se demander s'il n'y aurait pas une sous-utilisation du DSUV par les équipes PASS, dont les raisons seraient à explorer : méconnaissance, manque de temps des professionnel·les sociaux·les ou médicaux·les, lourdeur de la procédure[28], lien avec les services administratifs…

DES PATIENT·ES PASS STIGMATISÉ·ES

Un·e professionnel·le de PASS interviewé·e souligne que **quelles que soient leurs opinions personnelles, les professionnel·les hospitalier·es dans son hôpital portent généralement une attention particulière à la situation sociale des personnes et à certaines de leurs spécificités,** notamment lorsqu'il s'agit de personnes exilées :

> *La particularité de la personne et sa situation sociale du moment est prise en compte. C'est important parce qu'il y a quand même une grande bienveillance et une grande attention à ça […] Parce que le patient est exilé, il n'y a aucun blocage par rapport*

27 Article L254-1 du Code de l'action sociale et des familles.
28 Pour obtenir l'activation du Dispositif pour les soins urgents et vitaux, il faut au préalable demander et avoir un refus d'AME par la CPAM ; ce document de refus doit être impérativement joint à toute demande de DSUV, avec un certificat médical.

à ça, au contraire les gens sont très bienveillants. Cette partie-là, ce n'est pas un problème.
(professionnel·le de PASS)

Un·e autre décrit au contraire la présence de nombreux préjugés et stigmatisation envers « les patient·es PASS », à tel point que le dispositif hésite à rendre visible ce statut alors même que cela pourrait faciliter le parcours interne du·de la patient·e dans l'hôpital et la continuité des soins des personnes, en l'absence d'informatisation des « bons PASS » :

La question se pose toujours de savoir s'il faut mettre [identifier dans le dossier médical les patients PASS] Il faut que, une fois que le médecin spécialiste a fait son ordonnance, qu'il oriente la personne vers la pharmacie de l'hôpital et pas vers une pharmacie extérieure, qu'il se pose la question de savoir qui a prescrit, si ce traitement est disponible à la pharmacie de l'hôpital ou pas… Donc, ça peut être bénéfique pour la personne. Et en même temps, on sait qu'il y a beaucoup de… préjugés, de stigmatisation vis-à-vis des patients, […] à la fois, on a envie que les professionnels de santé soient vigilants, et en même temps on a une étiquette qui colle. Il y a des services qui stigmatisent les patients de la PASS quoi. Parce que « ces patients qui ne parlent pas français, qui sont venus juste pour se soigner… ». Enfin bon, après, tout le florilège de tous les verbatims.
(professionnel·le de PASS)

Si les équipes MdM ont rapporté des refus de soins jugés discriminatoires en PASS ainsi que des propos ou comportements jugés discriminatoires de la part d'acteur·rices de PASS envers des personnes en grande précarité[29], des professionnel·les de PASS relatent également de tels refus, propos ou comportements de la part d'autres professionnel·les de l'hôpital envers les « patient·es PASS ».

CAS PARTICULIERS DE L'ACCÈS AUX SOINS DENTAIRES ET EN SANTÉ MENTALE

Deux enjeux de santé (accès aux soins dentaires et santé mentale) sont systématiquement identifiés par les professionnel·les comme présentant à la fois des besoins très importants et d'extrêmes difficultés d'orientations en raison d'une carence majeure voire une absence quasi totale d'offre de soins.

Un·e professionnel·le se désole de l'impossibilité de l'accès aux soins dentaires pour les personnes[30] qu'il·elle voit :

On a un gros souci au niveau dentaire. En général, toutes les personnes sans droits, on ne peut pas avoir un accès au dentiste, c'est impossible. […] on avait monté un projet avec l'hôpital qui était censé faire l'avance de frais en attendant que les gens aient des droits […] en fait ça ne marche pas, parce que l'hôpital est en grande difficulté financière, […] avant on avait une PASS dentaire, mais qui ne marchait pas, parce que le dentiste, il voyait les gens, mais il pouvait les prendre au bloc pour faire de l'arrachage de dents, pas de la petite dentisterie.
(professionnel·le de PASS)

Tous·tes les professionnel·les interviewé·es soulignent à quel point **les enjeux de santé mentale sont importants chez les personnes rencontrées, et la difficulté d'orienter en raison de la faiblesse voire de l'absence de l'offre disponible en santé mentale**, pour les publics en situation de précarité :

C'est notre gros sujet du moment, on a de plus en plus de besoins [en santé mentale]. […] majoritairement chez les nouveaux arrivés (Sahraouis, Afghans, Haïtiens). Parce qu'il y a beaucoup plus de psychotraumas beaucoup plus compliqués…
(professionnel·le de PASS)

On reste un peu la porte d'entrée de tout le monde avec pas du tout de moyens sur la santé mentale en interne et des structures d'aval qui sont complètement saturées, […] le centre psycho trauma s'est ouvert il y a à peu près un an, mais qui est sous l'eau, qui a un an de délai de rendez-vous donc. […] Et il n'y a aucune offre libérale [ici].
(professionnel·le de PASS)

En effet, le manque de personnels soignants en santé mentale entraîne une crise profonde dans les hôpitaux et les centres de soins, en particulier les centres médico-psychologiques (CMP). Cette pénurie ou un glissement informel de tâches[31], touche les psychiatres, les psychologues, les infirmier·es exerçant en psychiatrie et les assistant·es sociaux·les ce qui alourdit la charge de travail, prolonge les délais d'attente pour les patient·es et épuise les équipes. Les zones isolées, rurales et péri-urbaines sont particulièrement pénalisées.

Un·e professionnel·le souligne **l'importance du travail en commun avec l'équipe mobile psychiatrie précarité** ainsi que sa présence une fois par semaine sur le lieu où cette PASS réalise des consultations hors les murs.

29 Cf. Un accueil jugé globalement positif malgré des discriminations persistantes p. 101.
30 Le rapport de l'Observatoire 2025 montre qu'une fois les droits ouverts, les personnes ont autant de mal à se faire soigner en ville.
31 Voir rapport de l'IGAS du 06 février 2020 : https://www.igas.gouv.fr/sites/igas/files/files-spip/pdf/2019-002r_.pdf

Face à l'ampleur des besoins et l'importante carence des possibilités de prise en charge, les professionnel·les essayent d'inventer ou de mettre en place des réponses à leur niveau : un·e professionnel·le s'est formé·e au psychotrauma pour être en mesure de mieux évaluer la situation des patient·es et mieux les orienter dans la mesure du possible, mais aussi pour arriver à mieux soutenir l'équipe face à ces problématiques. Une PASS a réussi à obtenir, de façon non pérenne, un mi-temps de psychologue, une autre de psychiatre, soulignant l'importance de ces compétences *« qui nous permet de pouvoir proposer quelque chose aux patients » (professionnel·le de PASS).*

La nécessité de tels postes au sein des PASS est soulignée, ainsi que le besoin crucial de structures de soins en santé mentale.

DES DÉFIS À RELEVER POUR UNE ORIENTATION EFFECTIVE DES PERSONNES EN SOINS DE VILLE

Pour certain·es professionnel·les, la prise en charge PASS devrait s'arrêter en théorie quand les droits à une protection maladie de la personne sont ouverts. Pour d'autres, la PASS doit au contraire continuer d'accompagner la personne dans son parcours de soins, pour éviter rupture et renoncement une fois ce passage au « droit commun » de la médecine de ville. Un·e professionnel·le souligne que la PASS constitue un « lieu repère » pour les personnes, qui reviennent lors d'une rupture de droits – notamment lorsque l'AME n'est pas renouvelée, puisqu'une nouvelle demande doit être redéposée chaque année :

> *Qu'est-ce qui va faire que la personne va pouvoir se saisir de ce droit commun finalement ? Nous, on voit des patients qui sont suivis chez nous, qui vont avoir un temps où ils vont être suivis en ville, une interruption de droits, qui vont revenir chez nous. Donc encore une fois, ce lieu repère, ce lieu référence, il est aussi important.*
> **(professionnel·le de PASS)**

Il n'y a pas forcément une grande offre de soins là où vivent ou sont hébergées les personnes :

> *Il y a des gens qui viennent de [...] très loin ; quand on va leur dire « il faut maintenant aller trouver un médecin traitant », là où l'offre de soins en soi n'est pas déjà très fournie... Et donc on n'a pas de possibilité de pouvoir aider la personne, à part chercher avec elle des centres de santé, lui donner des numéros et d'espérer qu'il puisse trouver les médecins traitants qui prennent des premières fois.*
> **(professionnel·le de PASS)**

La langue et l'absence **d'interprétariat professionnel en santé** constituent un obstacle important, comme indiqué par les équipes MdM[32] (cf. page 101).

Dans un territoire, une union régionale de professionnel·les de santé (URPS) a mis en place un nouveau dispositif de prise en charge de l'interprétariat professionnel destiné aux professionnel·les libéraux·ales de la région, suscitant l'espoir d'un·e professionnel·le. Celle-ci décrit la nécessité d'« étayer » ou soutenir ces professionnel·les de santé de ville, surchargé·es, pour qu'ils et elles puissent prendre en charge ces personnes vivant dans des situations complexes. Elle insiste également sur le rôle central aujourd'hui des médiateur·rices en santé et des infirmier·es de coordination :

> *Nous on s'appuie beaucoup sur les médiateurs en santé, parce que si une personne a une ouverture de droits [et] une possibilité d'être orientée dans un centre de santé où il y a une médiation, on sait qu'en prenant lien avec le médiateur, l'attention que nous on portait à la personne, elle va pouvoir être partagée avec cette deuxième personne. [...] La médiation en santé aujourd'hui, pour les patients qui cumulent les vulnérabilités, c'est essentiel. [Il faut] avoir des partenaires du droit commun qui vont pouvoir [prendre le relais] [...] Il y a un des médecins traitants qui me dit : « j'ai un peu de mal à suivre mes propres patients » [...] comment il peut en plus se rajouter des consultations qui sont relativement complexes, plus longues. [...] le droit commun doit être aussi étayé [pour] pouvoir accueillir ces situations-là. Donc principalement la médiation en santé, les infirmiers de coordination.*
> **(professionnel·le de PASS)**

Un autre facteur facilitant réside aussi dans la construction de partenariats solides avec une ou plusieurs structures de ville : intégration dans un projet de soin porté par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), collaboration avec un centre de santé facilitant pour les publics en situation de précarité, mobilisation d'un réseau de professionnel·les de ville notamment pour les personnes allophones, ou encore appui sur une PASS de ville lorsqu'elle existe.

Tous·tes les autres professionnel·les soulignent qu'il est préférable d'être formé·es, de se connaître et de ne pas être seul·es. Ils·elles rappellent également que la fracture numérique est très importante pour de nombreux publics.

32 Cf. L'interprétariat professionnel insuffisamment disponible p. 101.

Est également évoquée la difficulté, pour certain·es patient·es, de quitter l'accompagnement proposé par la PASS. Les professionnel·les soulignent le contraste entre une prise en charge globale et très soutenante, portée par des équipes jugées « extrêmement enveloppantes », et des consultations de ville aux temps plus contraints :

> *C'est difficile de sortir de la PASS […] on est une équipe assez enveloppante sur les problèmes santé globaux […] on s'intéresse vraiment à l'endroit où [les personnes] vivent, l'endroit où [elles] mangent, à toutes ces questions-là […] Et puis elles se retrouvent à la médecine de ville avec des temps de consultation extrêmement réduits. Et donc les gens disent très souvent « non, non, mais donnez-moi un rendez-vous au cas où ». On a du mal à lâcher. Et c'est vrai que c'est difficile chez des gens qu'on a accompagnés humainement pendant plusieurs mois de mettre fin à la possibilité de venir.*
> **(professionnel·le de PASS)**

L'ensemble de ces propos soulignent que le passage de la PASS vers un accès aux soins extra-hospitaliers constitue une étape particulièrement sensible des parcours de soins. En plus de l'ouverture des droits, toujours susceptibles d'être interrompus, l'accès effectif aux soins dépend de la disponibilité de l'offre, de la possibilité de communiquer, de se repérer dans le système de santé et de mobiliser des relais adaptés. Les médiateur·rices en santé, les infirmier·es de coordination ainsi que le travail en réseau d'acteur·rices pluri-professionnel·les apparaissent alors comme des ressources essentielles pour prévenir les ruptures de parcours et les renoncements aux soins.

LES PASS DE VILLE : UN « NOUVEAU » DISPOSITIF POUR FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS DE VILLE POUR LES PERSONNES EN PRÉCARITÉ.

À ne pas confondre avec les PASS hospitalières, les PASS de ville répondent notamment au constat qu'une partie des personnes en situation de précarité n'accède pas aux dispositifs de soins de ville, alors même qu'elle est éligible à une couverture maladie, en raison notamment de droits non ouverts, interrompus ou non réactivés. Elles viennent compléter l'action des PASS hospitalières en permettant à ces personnes, lorsque leurs besoins peuvent être pris en charge en ville, d'accéder directement à des soins de proximité, tout en étant accompagnées dans l'ouverture ou la réactivation de leurs droits. Elles évitent ainsi que l'hôpital ne constitue, faute d'un accès effectif aux soins de ville, la porte d'entrée dans le système de santé pour des soins qui ne nécessitent pas de prise en charge hospitalière. Elles contribuent également à alléger les PASS hospitalières, afin que celles-ci puissent notamment maintenir leurs capacités de prise en charge des personnes non éligibles à une couverture maladie ou dont l'état de santé nécessite un recours à l'hôpital.

Elles sont beaucoup plus récentes que les PASS hospitalières et leur dénomination de « PASS » peut parfois prêter à confusion avec ces dernières.

Elles sont nées en Île-de-France sous forme expérimentale à partir de 2013 avec le soutien de l'ARS Île-de-France, puis ont été progressivement développées sur d'autres territoires (Marseille, Cayenne, Metz, Rouen), portées par des structures variées : centres de santé municipaux, réseaux de santé, associations, dont Médecins du Monde. Elles ont été officialisées et formalisées tout récemment, avec un cahier des charges, en juin 2025[33]. Elles disposent ainsi désormais d'un cadre de référence national définissant leurs missions, activités et modalités d'intervention.

Toutefois contrairement aux PASS hospitalières, elles ne disposent pas de base juridique propre : le dispositif repose sur la coopération et la concertation des acteur·rices locaux·les - ARS, municipalités, centres de santé ou associations. Leur développement résulte d'initiatives territoriales et de financements ponctuels, sans obligation légale équivalente à celle pesant sur les établissements hospitaliers. De même, leur officialisation ne s'est accompagnée d'aucun crédit supplémentaire aux ARS.

La note d'information de 2025, les définit comme suit : *« Les PASS de ville correspondent à des organisations mises en place dans des structures déjà existantes (centres et maisons de santé, structures portées par des associations…) permettant de proposer aux personnes qui le nécessitent un accompagnement pour l'ouverture de droits à l'Assurance maladie et l'organisation d'une prise en charge en soins de ville (consultations de médecine générale, laboratoires, pharmacies…), sans avance de frais ni reste à charge pour le ou la patient·e. »*

Leur équipe socle *« peut s'appuyer sur un panel de professionnels : coordination administrative ; assistant de service social ; médiateur en santé ; infirmier diplômé d'État ; secrétariat. »* La note d'information ne prévoit pas de temps médical dans cette « équipe socle », mais le rend possible dans des « modalités complémentaires d'intervention ».

Selon ce texte, les PASS de ville doivent permettre une prise en charge sans avance de frais ni reste à *charge « en direct ou via des acteurs de la santé du territoire »*, par le biais d'un conventionnement spécifique avec la caisse primaire d'assurance maladie ; les professionnel·les partenaires (y compris les officines, laboratoires, centres de radiologie…) doivent *« partager les objectifs du projet »* et *« [accepter] le principe de non avance des frais et/ou de non reste à charge pour les patients de la PASS de ville »* pour une durée maximale d'un an. Leur intervention s'appuie sur plusieurs modalités complémentaires : entretiens avec un·e travailleur·se social·e, un·e professionnel·le formé·e à l'accès aux droits ou un·e médiateur·rice en santé ; consultations médicales avec primo-consultation allongée ou orientation vers des partenaires ; orientation interne ou externe, y compris vers un établissement de santé ; coordination des acteur·rices du parcours. Des ateliers collectifs et des démarches d'aller-vers peuvent compléter ce dispositif selon les besoins.

Si les PASS de ville ont pour objectif de constituer une nouvelle offre de soins en ville sans frais pour les personnes non éligibles à une protection maladie ou éloignées des soins, leur déploiement révèle des tensions. On peut se demander si elles ne viennent pas pallier dans une large mesure la complexification croissante de l'ouverture des droits pour les personnes en précarité, notamment les personnes étrangères précaires, dans un contexte de retrait de l'Assurance maladie (dématérialisation, fermeture de caisses…) (*Médecins du Monde 2025*). De plus, le financement par le fonds d'intervention régional (FIR) des ARS, non pérenne par nature, place ces dispositifs en situation de concurrence avec d'autres structures de santé-précarité, fragilisant leur ancrage territorial. L'absence de cadre légal propre, contrairement aux PASS hospitalières, est susceptible de reproduire et amplifier les inégalités territoriales existantes. Médecins du Monde sera attentive à observer les modalités de mise en place de ce dispositif officialisé en 2025 sans moyens supplémentaires.

33 Note d'information N° DGOS/P3/2025/45 publiée au JO du 18 juin 2025.

PASS DE VILLE DE METZ : UNE RÉPONSE TERRITORIALE AUX RUPTURES D'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS POUR FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS EN VILLE DES PERSONNES EN GRANDE PRÉCARITÉ.

Un besoin documenté de longue date

Depuis plus de dix ans, les acteur·rices médico-sociaux messins alertaient sur l'aggravation des difficultés d'accès aux droits, à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité. Les diagnostics territoriaux conduits par les associations, les collectivités et les institutions dressaient un constat convergent : une précarité persistante et multifactorielle, des parcours de santé fragmentés, un manque de coordination entre les intervenant·es et une accessibilité insuffisante de l'offre de soins, aggravée par l'éloignement de la PASS hospitalière du centre-ville depuis 2014.

Ces constats ont été approfondis par une enquête qualitative menée en 2016 par Médecins du Monde auprès de douze structures médico-sociales du territoire. En complément du Diagnostic Local de Santé de Metz, cette enquête a mis en évidence que les obstacles à l'accès aux soins ne relevaient pas uniquement de l'absence de couverture maladie ou de contraintes financières, mais également de freins administratifs, linguistiques, culturels, psychologiques et géographiques. Elle a également souligné le cloisonnement persistant entre les secteurs sanitaire, social et médico-social, limitant les possibilités d'accompagnement global et coordonné des personnes en situation de précarité.

Deux nouvelles enquêtes conduites par Médecins du Monde en 2023 sont venues actualiser et objectiver les besoins du territoire.

La première, menée auprès de 285 personnes en situation de précarité, a mis en évidence l'ampleur persistante du non-recours aux soins et aux droits[34]. Les raisons invoquées relevaient principalement des difficultés financières, des délais de rendez-vous, des démarches administratives complexes ou encore de mauvaises expériences antérieures avec le système de santé. L'enquête révélait également des difficultés de communication importantes avec les professionnel·les de santé et une forte demande d'accompagnement et d'interprétariat.

- Près d'un tiers des personnes disposant d'une couverture maladie de base n'avaient pas de médecin traitant ;
- 34 % des personnes éligibles à la Complémentaire santé solidaire n'en bénéficiaient pas ;
- 23 % déclaraient avoir reporté des soins et autant y avoir renoncé au cours des douze derniers mois.

La seconde enquête, réalisée auprès de 100 professionnel·les de santé du territoire, confirmait les difficultés de prise en charge liées aux barrières linguistiques, aux démarches administratives et au manque de coordination avec les acteur·rices sociaux·les. Ils et elles exprimaient également un besoin fort d'information, de médiation en santé et de travail en réseau[35].

Une réponse construite au long cours avec les acteur·rices du territoire

Dans ce contexte, les acteur·rices réuni·es au sein du Réseau de Solidarité des Associations Messines (RESAM), avec le soutien du CCAS de Metz, ont engagé une réflexion autour d'un dispositif permettant de rapprocher les soins des publics les plus éloignés du système de santé, tout en renforçant les articulations entre acteur·rices. Ce travail s'est progressivement structuré autour d'un projet de plateforme d'accueil et d'accompagnement médico-psycho-social, avec pour objectif de rendre accessible l'accès aux soins en centre-ville, mais dont la conception a évolué au fil des opportunités et des contraintes.

Le dispositif prend aujourd'hui la forme d'une PASS de ville, portée par l'Association d'Information et d'Entraide Mosellane (AIEM), en lien étroit avec l'ensemble des partenaires. Il a accueilli ses premier·es patient·es dans des locaux temporaires en novembre 2025 et sera implanté fin 2026 au sein du nouvel accueil de jour du Secours Catholique, dont l'ancrage en centre-ville et la fréquentation par les publics en situation de précarité en font un lieu particulièrement propice au repérage, à l'accueil inconditionnel et à la reprise de parcours de santé.

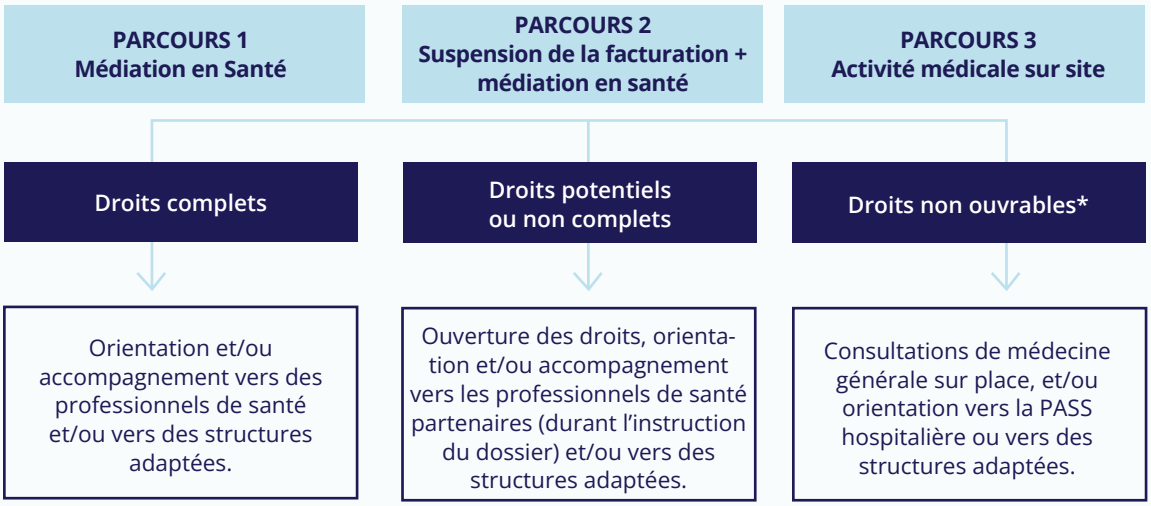
Pensée comme complémentaire de la PASS hospitalière, la PASS de ville poursuit trois objectifs complémentaires :

- Faciliter l'accès aux soins de premier recours ;
- Accompagner l'ouverture et le maintien des droits de santé ;
- Organiser l'orientation vers les professionnel·les et les dispositifs de droit commun.

Elle associe consultations médicales de soins primaires, actions de prévention et de promotion de la santé, accompagnement social, médiation en santé et coordination avec les partenaires du territoire. Son fonctionnement repose sur un réseau conventionné de professionnel·les de santé avec l'Assurance maladie, et une articulation étroite avec la PASS hospitalière.

34 https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2024/05/Etude-Droits_Soins_Precaires_Metz-Parie-1-France-FR.pdf
35 https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2024/05/Etude-Droits_Soins_Precaires_Metz-Parie-2-France-FR.pdf

PARCOURS DU PATIENT AU SEIN DE LA PASS DE VILLE



* En attendant l'éligibilité aux droits à la couverture maladie (Parcours 2).

L'un des objectifs centraux est d'éviter les ruptures de parcours et le recours tardif aux soins, en favorisant une prise en charge médico-sociale de proximité. Le dispositif entend également renforcer la sensibilisation des professionnel·les de santé de ville aux problématiques de précarité, notamment à travers des webinaires et des outils coconstruits avec la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) de Metz et ses environs.

Le rôle de Médecins du Monde : de l'observation à la construction d'une réponse territoriale

Médecins du Monde a occupé une place singulière dans cette démarche. L'association est intervenue successivement comme actrice de terrain auprès des personnes en situation de précarité, notamment à travers sa clinique mobile, de fait observatrice des inégalités d'accès aux soins, productrice de connaissances, porteuse du plaidoyer puis cheffe de file de la phase d'ingénierie. Cette démarche s'est appuyée sur une mobilisation progressive des partenaires locaux, dans une logique de transfert vers un dispositif désormais porté par l'AIEM et ancré au sein de l'Accueil de jour du Secours Catholique.

Les différentes enquêtes ont permis d'objectiver les besoins du territoire et d'alimenter le dialogue avec les institutions, tout en poursuivant et confortant le travail de plaidoyer auprès des différent·es décideur·euses.

Les enseignements de l'expérience messine

L'expérience messine montre qu'une PASS de ville ne constitue pas seulement une offre de soins supplémentaire. Elle peut représenter une réponse territoriale coordonnée aux difficultés d'accès aux droits et aux soins, dont le déploiement et la pérennisation reposent sur plusieurs conditions essentielles :

- S'appuyer sur un diagnostic territorial solide et partagé, associant les personnes concernées et les acteur·rices du territoire ;
- Construire une gouvernance partenariale associant les acteur·rices sanitaires, sociaux·les, médico-sociaux·les et institutionnel·les ;
- Prévoir un temps dédié à l'ingénierie du projet, indispensable à la co-construction, à l'animation partenariale et à l'appropriation du dispositif par les partenaires ;
- Implanter le dispositif dans un lieu de proximité accessible et identifié par les publics concernés, afin de favoriser le recours aux soins ;
- Articuler étroitement prévention, accès aux soins, accès aux droits, médiation en santé, afin de répondre à la diversité des besoins ;
- Inscrire le dispositif dans les politiques publiques locales et régionales afin d'en garantir la pérennité financière et institutionnelle.

L'ERRANCE ADMINISTRATIVE ET RÉSIDENTIELLE COMME FREIN MAJEUR À LA CONTINUITÉ DES SOINS

UN ACCÈS AUX DROITS « EN PLEINE COMPLEXIFICATION RADICALE »

Les **problématiques d'accès aux droits constituent un frein majeur** qui s'intensifie pour les personnes et les structures, à tous les niveaux : droit au séjour et droit d'asile, avec une complexification et un durcissement impressionnant de règles, de plus en plus restrictives en droit et en pratiques ; des services publics de plus en plus numérisés et excluant les personnes et groupes ayant des fragilités ; droits à la domiciliation administrative non garantie, droit à une protection maladie, avec notamment les restrictions successives apportées à l'aide médicale d'État (AME)…[36]

Les professionnel·les soulignent tous·tes que l'accès aux droits est de plus en plus complexe à assurer, les dossiers à monter, à renouveler, les situations à démêler et à comprendre, sur des temporalités de plus en plus longues. Cela impacte très fortement leur travail et leur structure :

> *On a [entre] un tiers et la moitié des patients qui sont là depuis plus de 5 ans. […] On leur a fait leur sécu y a un an, ils se retrouvent en rupture [de droits], ils reviennent nous voir pour qu'on refasse. En fait tout seul ils n'y arrivent pas, c'est trop complexe. […] On a quand même des gens qui sont là depuis 20 ans, installés dans des bidonvilles […]qui n'ont toujours pas de droits ouverts, ou sont toujours en rupture de droits sécu. Ils ont une littératie en santé assez limitée pour certains, ils ne savent pas écrire pour beaucoup, c'est quand même hyper compliqué […] je pense qu'il y a un gros boulot à faire d'accompagnement sur l'accès aux droits […] la demande elle est énorme, et finalement il n'y a pas beaucoup de services publics qui répondent à cette demande-là.*
> **(professionnel·le de PASS)**

De ce fait, il y a plus de demandes et de publics ayant besoin d'accès à la PASS, et parce que les droits à une protection maladie sont beaucoup plus longs à obtenir, prolongeant parfois longtemps les durées de suivi en PASS ; **cette complexité de l'accès aux droits contribue à la saturation des dispositifs** :

> *L'accès aux droits est compliqué [et] s'est complexifié depuis une dizaine d'années. Avant ça, tournait parce qu'il y avait une ouverture de droits qui était plus efficiente et rapide.*
> **(professionnel·le de PASS)**

Les droits sont aussi plus difficiles à garder et à renouveler (AME) et certain·es professionnel·les soulignent que **de nombreuses personnes reviennent après avoir été suivies en médecine de ville, n'ayant pas réussi à renouveler leur protection maladie** :

> *On a pas mal de personnes qui ne savent pas faire les renouvellements de droits, […] qui sont dans la médecine générale classique et malheureusement qui reviennent. […] c'est là où c'est dommage parce qu'on loupe quelque chose, et ils ne comprennent pas parce qu'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.*
> **(professionnel·le de PASS)**

Une autre difficulté croissante mentionnée par les professionnel·les, concerne les personnes sans titre de séjour qui exercent une activité professionnelle et qui ont des ressources (bien souvent très modestes) qui peuvent les conduire à dépasser les plafonds d'éligibilité à l'AME[37], alors même qu'elles restent insuffisantes pour leur permettre d'accéder aux soins :

> *Il y a aussi des patients qui travaillent, qui n'ont pas de titre de séjour mais qui sont au-delà des plafonds. C'est des problématiques qu'on ne rencontrait pas il y a quelques années, pas autant. C'était ponctuel avant. Maintenant... Et donc ça c'est des personnes qui ont du mal à aller à l'extérieur puisqu'il faut payer les médicaments, faut payer les médecins... Voilà, ce sont des réalités, voilà.*
> **(professionnel·le de PASS)**

Pour d'autres en revanche, ces patient·es disposent de ressources et peuvent donc se voir facturer des traitements peu coûteux. Il apparaît ici une confusion entre le plafond de ressources appliqué dans le cadre règlementaire de l'AME, et ce qui semble légitime ou non de facturer à un·e patient·e en PASS :

Un·e professionnel·le d'une PASS décrit des difficultés importantes dans l'ouverture des droits à l'assurance maladie dans son territoire :

> *On a des gros soucis avec la CPAM ici […]. Notre assistante sociale passe des jours et des jours à renvoyer les dossiers, ils ne répondent pas. […] Le système, en tout cas pour l'accès aux droits [dans le département], ne marche pas. […] On refait le travail, on renvoie les dossiers, on passe du temps. […] Ça met encore plus de temps qu'ailleurs.*
> **(professionnel·le de PASS)**

36 Pour plus de détails voir le rapport de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins 2025 de Médecins du Monde : https://www.medecinsdumonde.org/statement/rapport-2025-de-lobservatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins/
37 https://www.ameli.fr/paris/assure/droits-demarches/situations-particulieres/situation-irreguliere-ame

Les entretiens décrivent une complexification croissante de l'accès aux droits et des pratiques abusives et non légales de la part de certaines CPAM (exigence de justificatifs non prévus par les textes ou des refus de dossiers contestables). Ces difficultés concernent à la fois les droits au séjour, à l'asile, à une domiciliation administrative, à une protection maladie. Cette évolution allonge les délais d'ouverture et de renouvellement des droits, multiplie les ruptures de couverture et accroît les besoins d'accompagnement des personnes. Elle contribue également à prolonger les durées de suivi en PASS et participe à la saturation des dispositifs. Cette situation s'inscrit plus largement dans un contexte de fortes tensions sur l'offre de soins de premier recours, où l'accès à un·e médecin traitant ou à certain·es spécialistes est devenu difficile pour une part importante de la population.

L'ERRANCE RÉSIDENTIELLE : DÉTERMINANT MAJEUR ET FREIN À LA PRISE EN CHARGE POUR LES PROFESSIONNEL·LES

L'instabilité contrainte des personnes, voire leur errance de lieu d'hébergement en lieu d'hébergement empêche les personnes et les professionnel·les d'avoir ou de construire un parcours de soins cohérent. Plusieurs professionnel·les la perçoivent comme un obstacle majeur aux prises en charge :

> *La difficulté aussi [...] c'est quand il y a des situations de précarité, par exemple des personnes qui vont être hébergées à droite à gauche, [...] c'est un patient qu'on ne peut pas envoyer vers un médecin traitant parce qu'il n'est pas stable. Donc c'est vraiment l'absence de stabilité du patient dans un lieu fixe. L'hébergement, c'est un des premiers freins pour pouvoir orienter vers un médecin traitant.*
> **(professionnel·le de PASS)**

Souvent entremêlée à la situation administrative l'absence d'hébergement stable et les parcours d'errance géographique constituent, du point de vue des professionnel·les un frein majeur à la prise en charge. Ils sont à la fois source de rupture de soins, de difficulté à stabiliser un parcours, et d'allongement contraint des prises en charge dans les dispositifs PASS, contribuant ainsi à leur saturation :

> *Des fois les patients qui sont en demande d'asile qu'on voit [ici], finalement trois semaines plus tard ils sont accueillis dans un CADA dans une autre ville. Des fois on n'est pas au courant, et du coup, on se rend juste compte qu'ils sont partis parce que les gens n'ont pas honoré leur rendez-vous et qu'ils viennent plus nous voir.*
> **(professionnel·le de PASS)**

> *Et après les gens qu'on voit qu'une fois, il y a beaucoup de gens dans le cadre de la demande d'asile [...] et qu'hélas on n'arrive pas à voir deux fois. Aujourd'hui il y a quand même beaucoup de gens comme ça qui sont de passage et qui vont partir [dans d'autres villes]. On peut faire les liens avec les PASS d'autres villes.*
> **(professionnel·le de PASS)**

La stabilisation résidentielle est une condition essentielle de la réalisation et de la continuité des soins. L'errance géographique, l'absence d'hébergement durable et les ruptures de droits compliquent l'orientation des personnes, fragilisent les parcours et contribuent à l'allongement des suivis au sein des PASS. Plus largement, l'accès effectif aux soins est largement conditionné par la stabilité des situations administratives et résidentielles.

Face à ces obstacles, les PASS jouent un rôle d'interface de plus en plus essentiel, au prix d'un investissement croissant des équipes mais se heurtent à des obstacles et problématiques qui dépassent largement leur mission et celles du système de santé, pour des publics de plus en plus marginalisés.

DES FINANCEMENTS ET RESSOURCES INSUFFISANTS, ENTRE USURE ET ENGAGEMENT DES PROFESSIONNEL·LES

MANQUE DE FINANCEMENT, DE RESSOURCES ET D'ESPACE

Plusieurs professionnel·les soulignent le manque de financement, de postes, et parfois d'espace pour l'accueil et les consultations, au regard de l'ampleur des besoins et des demandes auxquelles ils et elles sont confronté·es :

> *De toute façon personne n'est dupe il y a de moins en moins de sous pour moins en moins de trucs comme ça, donc, ben, c'est de plus en plus difficile. Voilà, c'est : « il n'y a pas. » Voilà donc en gros ça c'est les gros soucis, les gros soucis qui nous donnent on va dire un travail moins facilité pour notre PASS quoi.*
> **(professionnel·le de PASS)**

L'un·e souligne que l'agence régionale de santé (ARS) finance très peu de temps médical. Un·e autre que la principale raison de proposer des consultations uniquement sur rendez-vous est l'exiguïté des locaux.

Un·e autre évoque des collègues exerçant dans la PASS d'un autre hôpital, situé dans un bassin de population très paupérisé, qui ne dispose que d'une seule journée de consultation par semaine dans un box aux urgences où deux professionnel·les partagent un même bureau.

Un·e autre évoque ses collègues d'autres territoires qui faute de ressources et de personnel, déplorent de ne pouvoir développer aucune activité hors les murs (PASS mobile). Un·e autre encore relate que le recours à l'interprétariat professionnel en santé a déjà été bloqué en raison de facture impayée de l'hôpital auprès de l'association d'interprétariat, et que cela risque de se reproduire.

Le·la même évoque la situation très précaire de son hôpital :

> *« De toute façon dans tous les services c'est le même souci, parfois on n'a même pas de Visulin [dispositif de fixation stérile] pour mettre sur les cathéters, donc faut couper le Visulin en 2 parce qu'on n'a pas de sous. »*
> **(professionnel·le de PASS)**

L'insuffisance des moyens apparaît ainsi comme une contrainte majeure des PASS. Elle affecte aussi bien les conditions matérielles d'exercice que la capacité des équipes à répondre à l'ensemble des besoins des personnes accompagnées, malgré leur solide engagement. Elle s'inscrit dans un contexte de très vives tensions financières pour les hôpitaux qui ont de fortes répercussions sur les conditions d'exercices de l'ensemble des professionnel·les et l'accès aux soins des patient·es : selon les premières estimations de la DREES pour 2024[38], le déficit des hôpitaux publics est évalué entre 2,7 à 2,9 milliards d'euros, et l'encours de la dette à 30 milliards d'euros.

RÉACTIONS DE PROFESSIONNEL·LES : SOUFFRANCE, LASSITUDE, INVENTIVITÉ, ENGAGEMENT, RÉSISTANCE

Au sein de petites équipes, parfois incomplètes, certain·es professionnel·les paraissent exercer dans un relatif isolement tout en faisant face à une charge de travail conséquente.

Ce·tte professionnel·le décrit le sentiment d'être débordé·e lorsqu'il ou elle était le ou la seul·e infirmier·e :

> *Avant j'étais seul·e avec ma collègue IPA[39], et c'était très dur d'accueillir s les gens qui n'ont pas de rendez-vous en termes de temps c'était vraiment dur. […] j'essayais de voir un peu tout le monde et d'écourter le temps de mes entretiens, ce qui [les] rendait pas très qualitatifs pour certains, mais maintenant c'est quand même beaucoup plus facile. Donc quand on a une sortie d'hospitalisation ou une sortie des urgences, on l'accueille sans trop de difficultés par rapport à avant.*
> **(professionnel·le de PASS)**

Cette situation contraste grandement avec une autre PASS faisant partie d'un véritable service de médecine sociale ayant une équipe relativement conséquente, avec également un centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CEGIDD), un centre de santé sexuelle (CSS), des lits halte soins santé (LHSS) :

> *On a aussi dans le service des lits de soins de santé LHSS, […] ça crée une véritable unité de médecine sociale et de santé sexuelle très active et ça nous permet des leviers […] importants quoi.*
> **(professionnel·le de PASS)**

Au-delà de la charge de travail, plusieurs professionnel·les évoquent également la charge émotionnelle intense associée à l'accompagnement de personnes confrontées à des situations de grande précarité et à des parcours de vie particulièrement difficiles :

> *Et la charge émotionnelle que ça génère chez nous aussi, parce qu'en tant que soignants, on est aussi des humains qui entendent des histoires très lourdes, qui ont en face une personne qui nous regarde. « Aidez-moi s'il vous plaît ». […] Donc oui, et parfois c'est… parfois c'est lourd, c'est juste lourd, mais vraiment de savoir se mettre vraiment… mon cadre d'intervention, ce que je suis en possibilité de faire.*
> **(professionnel·le de PASS)**

Un·e professionnel·le, relate également une expérience de consultation PASS hors les murs dans un lieu de vie d'exilé·es, présentée comme particulièrement éprouvante au regard des conditions de vie observées :

> *Dans des conditions de… mais on va dire innommables. C'était… c'était choquant en fait. Et ça moi j'espère ne plus jamais le revivre en fait, plus jamais. C'était dégoûtant, c'était à vomir (…). Ils ne pouvaient pas se laver les gens. C'est dans un squat, il n'y avait pas de flotte pour 300 personnes qui arrivaient, qui arrivaient, qui arrivaient. En fait ça a dépassé les capacités de tout le monde en fait, et nous on faisait les soins… pour pas rentrer dans ce squat qui était… mais ça a été détruit. Eh ben en fait on faisait les soins dans la rue quoi. Donc enfin c'est du grand n'importe quoi, du grand n'importe quoi et [aucune institution] n'est venue aider. […] Mais c'était ouais,*

38 DREES — Études et Résultats n° 1344, juillet 2025 : « *La dégradation des comptes financiers des hôpitaux publics se poursuit en 2024 – Premiers résultats sur les établissements de santé en 2024* ».
39 IPA : infirmière en pratique avancée.

dégoûtant, j'espère ne plus jamais revivre ça. Ben y en a qui vivent pire mais en tout cas, ça c'était le summum de la… de ce qu'on a vécu en PASS quoi. C'était… c'était choquant.
(professionnel·le de PASS)

Ce·tte même professionnel·le décrit une forme de lassitude face à l'impuissance et au découragement que peuvent susciter certaines situations :

Enfin, on se sent impuissant, on se sent des petits humains impuissants et on peut que faire le mieux possible notre travail, et accueillir le mieux possible. Voilà, il y a des jours, c'est plus dur que d'autres, ça c'est sûr, parce qu'il y a des jours… ben voilà, eux [les personnes concernées] ils ne sont pas bien lunés, mais nous non plus. Et puis il y a des jours plus durs que d'autres comme dans n'importe quel métier. Mais le fond il est quand même là, à mon avis et on a envie de travailler pour ça. Sinon en fait faut arrêter, sinon en fait on fait du mauvais boulot. Mais je pense qu'il y a quand même des volontés fortes qui font que ça tient.
(professionnel·le de PASS)

Évoquant les difficultés rencontrées avec la caisse primaire d'assurance maladie, il ou elle décrit également une forte détermination à poursuivre ses missions malgré les obstacles rencontrés :

Mais en fait le problème c'est qu'ils n'ont pas compris que nous on n'allait pas se lasser ! Parce qu'en fait nous, c'est notre cœur de métier et c'est ce qu'on veut faire ! on veut donner de l'accès aux droits ! Ils ont envie qu'on s'épuise à ça. Mais en fait la bataille elle est un peu perdue, parce que en fait si on est venu dans ce genre de poste c'est qu'on ne va pas lâcher l'affaire en fait ! Donc c'est un peu… Mais c'est très décourageant. Mais bon, ce n'est pas pour ça qu'on ne le fait pas.
(professionnel·le de PASS)

À travers ces entretiens apparaissent à la fois la dureté de certaines situations vécues, la fatigue qu'elles peuvent engendrer et les risques d'usure professionnelle. Mais il ressort également un fort attachement aux missions des PASS, qui se traduit par des pratiques d'adaptation, de contournement des obstacles et de détermination. Les verbatims recueillis témoignent d'un engagement professionnel particulièrement fort auprès de publics confrontés à des situations de grande vulnérabilité. Souffrance, lassitude, inventivité, engagement et résistance apparaissent ainsi étroitement imbriqués dans les expériences relatées par les professionnel·les.

LES CENTRES DE PRÉVENTION MATERNELLE ET INFANTILE (PMI)

01

LES PMI : ENTRE MISSION UNIVERSELLE ET CONTRAINTES CROISSANTES

La Protection Maternelle et Infantile tire son origine de la loi Roussel de 1874, qui imposait une surveillance médico-sociale systématique des plus jeunes enfants placé·es en nourrice. C'est l'ordonnance n° 45-2720 du 2 novembre 1945 qui crée le service de Protection maternelle et infantile, dans un contexte d'après-guerre marqué par une mortalité infantile et périnatale massive. La création de la PMI se fait à la suite de la création de la Sécurité sociale, avec un autre service public universel de prévention auprès des enfants, la santé scolaire. Ce texte fondateur de 1945 donne naissance à **un service public, gratuit et global, destiné à toutes les femmes enceintes et à tous·tes les enfants de moins de 6 ans**, considéré à l'époque comme « *une véritable mesure de salut public* ». Dès sa création, il a aussi été organisé pour être réparti sur tout le territoire et en fonction de la réalité démographique de chaque circonscription, « *avec autant de consultations de nourrissons et de consultations prénatales que l'exigent les besoins de la population* ».

Dès 1951, le dispositif compte 8 200 lieux de consultation dédiés aux nourrissons de 0 à 2 ans ; ce chiffre atteint 10 000 en 1964, auxquels viennent s'ajouter des consultations destinées aux enfants du « deuxième âge » (3 à 6 ans). À cette date, un département sur trois s'est doté d'un service de PMI (*Dutton 2024*). **Cette politique volontariste s'accompagne de résultats sanitaires majeurs : alors que la mortalité infantile** dépassait **50 décès pour 1 000 naissances** vivantes entre 1945 et 1950, elle chute à 22 pour 1 000 en 1965, puis **à 9,6 pour 1 000 en 1980**. Si cette amélioration ne peut être attribuée exclusivement à la PMI, celle-ci y a joué un rôle déterminant, comme le soulignait le Haut Comité de la santé publique en 1997. « *La bonne couverture du territoire en service de PMI, la qualité de ces services [...] expliquent les progrès accomplis dans le domaine de la périnatalité.* » (*Peyron et al. 2019*).

CADRE LÉGAL & ÉVOLUTION HISTORIQUE DES PMI

1945 L'ordonnance n° 45-2720 du 2 novembre 1945 crée le service de PMI et en définit l'organisation, les missions et les compétences, dans le but de réduire la mortalité infantile et périnatale.

1962 Le décret du 19 juillet 1962 donne à la PMI une structure départementale, rattachée à la Direction départementale de l'action sanitaire et sociale.

1975 Le décret n° 75-316 du 5 mai 1975 crée des postes de sage-femmes, d'infirmier·es puériculteur·rices, de psychologues et de travailleuses familiales, amorçant le caractère pluridisciplinaire du service.

1982-1986 Les lois de décentralisation (n° 82-213 et n° 86-17) transfèrent aux conseils généraux l'organisation et le financement de la PMI, qui devient, avec l'aide sociale à l'enfance, le cœur de métier du département.

1989 La loi n° 89-899 du 18 décembre 1989 redéfinit les missions de la PMI et étend son champ à la période périnatale dans une logique médico-sociale élargie, intégrant la promotion de la santé aux côtés de sa protection.

2007 La loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 renforce le rôle de la PMI dans le repérage des situations de danger, en l'associant à l'évaluation des informations préoccupantes transmises à la Cellule de Recueil et de traitement des Informations Préoccupantes (CRIP).

2019 Le rapport de la députée Michèle Peyron, *Pour sauver la PMI, agissons maintenant !*, remis avec le concours de l'IGAS, dresse le constat d'une crise majeure et alerte sur un risque d'extinction du dispositif dans la plupart des départements à l'horizon d'une décennie (*Peyron et al. 2019*).

2026 Le rapport IGAS sur la périnatalité recommande de renforcer le rôle et les moyens des PMI (*IGAS 2026*)

Placées sous l'autorité du président du conseil départemental, les PMI sont des **services publics gratuits, ouverts à tou·tes sans condition de couverture maladie, dans une logique d'universalisme proportionné**[40]. Leurs missions, encadrées par le Code de la santé publique[41], doivent tenir compte des spécificités sociodémographiques du département. Le service doit être dirigé par un·e médecin et associer des personnels qualifiés dans les domaines médical, paramédical, social et psychologique. Le code de la santé publique impose par ailleurs des normes minimales d'activité et d'effectifs : au moins quatre demi-journées de consultations prénatales pour 100 000 habitantes de 15 à 50 ans ; une demi-journée de consultation infantile par semaine pour 200 enfants né·es vivant·es ; une sage-femme pour 1 500 enfants né·es vivant·es ; et une puériculteur·rice pour 250 enfants né·es vivant·es.

Les équipes pluridisciplinaires des PMI associent ainsi médecins, sages-femmes, puériculteur·rices, psychologues, psychomotricien·nes, conseiller·es conjugaux·ales et travailleur·ses sociaux·ales, selon les moyens propres à chaque département. La spécificité du dispositif est aménagée selon sa couverture territoriale, son approche pluridisciplinaire, et à la place centrale qu'y occupent les visites à domicile et les actions collectives.

Aujourd'hui les missions et activités des PMI se déploient sur un large périmètre :

- Actions et consultations de prévention médico-sociales auprès des enfants de moins de 6 ans, de leur mère et des femmes enceintes ;
- Planification et éducation familiale (contraception, IVG, santé sexuelle, parentalité…) ;
- Les équipes pluridisciplinaires proposent pour ce faire des actions individuelles mais aussi collectives (séances de préparation à la naissance, à l'allaitement, alimentation du nourrisson, parentalité, éveil psychomoteur…) ;
- Agréments et contrôles des structures d'accueil des enfants de moins de 6 ans ainsi que des assistantes maternelles.

Parfois, des PMI sont regroupées au sein d'une même structure ou d'une même équipe avec un centre de santé sexuelle (Cf. encart ci-contre).

40 L'universalisme proportionné consiste à garantir un accès universel aux droits, à la prévention et aux soins, tout en adaptant l'intensité de l'accompagnement aux besoins des personnes. Les personnes confrontées aux obstacles les plus importants (barrières administratives, sociales, linguistiques ou territoriales) bénéficient ainsi d'un soutien renforcé, afin que l'accès effectif aux droits, à la prévention et aux soins soit réellement le même pour toutes et tous.
41 Art. L. 2112-2, L. 2112-7, L. 2324-2 et R. 2112-1.

LES CENTRES DE SANTÉ SEXUELLE

Instaurés par la loi Neuwirth en 1967, les Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) ont été progressivement intégrés au Code de la santé publique. Leur mission a évolué au fil des textes législatifs et réglementaires : décrets d'application publiés le 2 avril 1972, lois sur l'IVG en 1974 ; prévention, dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) avec l'amendement Calmat du 23 janvier 1990 et le décret du 6 août 1992 relatif à la protection maternelle et infantile (*Piet 2016*).

La loi du 7 février 2022 propre à la protection de l'enfance a modifié la terminologie en remplaçant l'appellation « centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) » par « centres de santé sexuelle (CSS) ». Cette évolution veut traduire une approche élargie, passant de la planification familiale à la santé sexuelle au sens large (accès à la contraception, orientation et suivi pour les IVG, dépistage et traitement des IST). Les CSS sont aujourd'hui régis par les articles L.2311-1 et suivants du Code de la santé publique.

Ils peuvent être gérés directement par le département ou en délégation de service public (associations, centres hospitaliers, etc.). Leur agrément relève du·de la président·e du conseil départemental, sauf lorsqu'ils sont créés directement par une collectivité publique. Le personnel minimal requis pour un CSS comprend un·e médecin possédant des compétences spécifiques en planification familiale et un·e conseiller·e conjugal·e et familial·e ; toutefois, le centre peut être renforcé par l'ajout d'infirmier·es, de sages-femmes et d'assistant·es sociaux·les.

L'intégration d'un centre de santé sexuelle (CSS) au sein des locaux de la PMI n'est pas systématique et dépend essentiellement de l'organisation locale. On observe trois grands modèles : (1) le modèle intégré : les PMI et les CSS sont regroupés au sein d'une même structure, que ce soit dans des maisons départementales ou au sein d'équipes pluridisciplinaires communes ; (2) le modèle coordonné mais distinct : les CSS, bien que gérés par le département, se trouvent dans des structures séparées, avec un niveau de coordination qui varie selon les territoires ; (3) le modèle délégué : les CSS sont principalement gérés par des hôpitaux ou des associations, avec peu ou pas de coordination opérationnelle commune avec la PMI.

Toutes les PMI n'intègrent donc pas un centre de santé sexuelle, l'organisation variant selon les départements, les moyens disponibles et la répartition des services sur le territoire (contraintes budgétaires, absence de planification, diminution des ressources…). Étant donné que les deux services (PMI et CSS) relèvent de la responsabilité départementale, leur fonctionnement dépend largement des choix politiques et budgétaires locaux.

Le Planning familial, association militante historique, gère depuis longtemps des centres de santé sexuelle. Or certains départements ont opéré des coupes financières importantes sur ces associations, attaquant ainsi directement l'offre de soins et de prévention en santé sexuelle pour des milliers de personnes[42].

Selon les chiffres de la DREES de 2022, les actions destinées aux enfants (consultations et visites à domicile – VAD) demeurent la principale activité des PMI (58 % des actions) ; les consultations et entretiens de planification et d'éducation familiale représentent 29 % de leurs activités ; les actions en faveur des mères et futures mères (consultations et VAD) 13 % (*Amrous 2022*).

Seule compétence sanitaire obligatoire décentralisée, la PMI souffre de disparités territoriales considérables : la dépense annuelle par enfant de moins de 6 ans varie selon les départements, sans liens avec les caractéristiques démographiques des territoires. On constate une réduction des moyens des PMI depuis de nombreuses années, qui pâtissent de la baisse des budgets des départements et d'un manque de financement de l'Assurance maladie. Plusieurs rapports estiment ainsi une **baisse de budgets continue des PMI de l'ordre de 25 % en dix ans**, et soulignent qu'il est très difficile d'assurer un suivi au niveau national.

On voit ainsi une **forte baisse du nombre de centres de PMI sur le territoire,** aujourd'hui au nombre de 4 800, ainsi que par une **baisse importante de certaines de leurs actions** : recul des actions destinées aux enfants (-4,5 % par an entre 2016 et 2019) et, plus encore, de celles destinées aux mères et futures mères (-30 % entre 2016 et 2022) (*Amrous 2022*).

Les PMI sont aussi confrontées à un **déficit croissant de médecins**, dont les salaires sont bas et en début de carrière restent inférieurs de 60 % à ceux des praticien·nes hospitalier·es. Entre **2010 et 2022, les PMI ont perdu 38 % de leurs médecins et 20 % de leurs psychologues**, tandis que le nombre d'infirmières et de puériculteur·rices n'a progressé que de 7 % (*Alonso et al. 2025*).

42 Par exemple, le Baromètre du (*Planning Familial 2026*) montre que 72 % des femmes ayant eu recours à une IVG dans un établissement de santé ont attendu plus de sept jours pour obtenir un rendez-vous, une hausse par rapport à 2024. Selon le Planning familial, ces délais témoignent notamment d'un manque de structures et de professionnel·les pratiquant l'IVG.

Pourtant, ce service public de santé et de prévention envers les femmes et les enfants est essentiel et a su faire ses preuves, notamment en participant à la baisse importante de la mortalité infantile après 1945.

Aujourd'hui, son rôle de prévention apparaît d'autant plus stratégique que plusieurs indicateurs de santé périnatale se dégradent en France. **La mortalité infantile a énormément augmenté** : elle est passée de 3,5 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2011 à 4,1 pour 1 000 en 2024. La France se situe désormais au-dessus de la moyenne de l'Union européenne (*INSEE 2025*). Cette analyse rejoint les constats récents de (*IGAS 2026*), qui souligne que la très forte dégradation des indicateurs de santé périnatale est étroitement liée aux inégalités sociales et territoriales de santé, ainsi qu'aux difficultés d'accès à la prévention et aux soins pendant la grossesse : la mortalité néonatale est fortement liée aux facteurs socio-économiques et le risque de décès néonatal est nettement plus élevé dans les zones les plus défavorisées où vivent les femmes les plus pauvres.

L'IGAS identifie le renforcement des actions de prévention précoce et des services de PMI comme un levier central d'amélioration de la santé maternelle et infantile. **La mortalité maternelle demeure marquée par d'importantes inégalités sociales et territoriales**, touchant davantage les femmes vivant dans les territoires ultramarins, les femmes migrantes et les femmes en situation de précarité ou présentant des pathologies chroniques. Les données de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles montrent notamment que le risque de décès maternel est environ deux fois plus élevé chez les femmes migrantes et chez les femmes résidant dans les DROM que chez les femmes vivant en Hexagone. Elles indiquent également qu'une femme décédée sur trois se trouvait dans une situation de vulnérabilité sociale. Enfin, de nombreuses femmes connaissent des difficultés physiques, psychologiques ou émotionnelles après l'accouchement, soulignant la nécessité d'un accompagnement renforcé durant le postpartum (*Deneux-Tharaux et Saucedo 2024*).

Malgré les alertes récurrentes, du rapport Peyron aux assises de la périnatalité, ou encore aux nombreuses prises de position de la plateforme « Assurer l'avenir de la PMI », l'État n'a pas mis en place de réforme soutenant ce service public essentiel. Au contraire, les PMI peuvent être mises en concurrence avec d'autres acteur·rices sur leurs missions mêmes de service public. Récemment, dans le cadre de la politique dite des « 1 000 premiers jours », l'État a lancé une politique de labellisation de « maisons des 1 000 premiers jours »[43], lesquelles correspondent aux missions mêmes des PMI. Il a pourtant été demandé à ces dernières de procéder à la même demande de labellisation que les autres acteur·rices (associatif·ves, public·ques et privé·es) avec un dossier administratif conséquent à réaliser. Face aux réactions des acteur·rices de PMI, l'État a reculé et les PMI devraient de fait avoir cet agrément sans passer par des procédures risquant de remettre en cause leur rôle central, selon la plateforme « Assurer l'avenir de la PMI ».

En tant que service public de prévention, les PMI sont essentielles notamment pour les personnes accompagnées par Médecins du Monde. Nous avons voulu dans ce contexte documenter à la fois les constats des équipes de MdM sur quelques PMI avec lesquelles elles sont en lien, et les constats et difficultés rencontrées par les professionnelles de ces structures.

43 https://solidarites.gouv.fr/les-maisons-des-1000-premiers-jours

02

DONNÉES RECUEILLIES AUPRÈS DES ÉQUIPES MDM SUR LES PMI AVEC LESQUELLES ELLES SONT EN LIEN

Les résultats qui suivent présentent les constats des équipes de Médecins du Monde concernant 13 PMI avec lesquelles elles sont en lien. Ils sont issus de questionnaires renseignés par les équipes de MdM au sujet de ces structures. Bien que reposant sur un nombre limité de PMI, il nous a semblé pertinent de présenter ces résultats à titre descriptif. En effet, ce faible nombre s'explique notamment par le fait que certains projets sont aujourd'hui peu en lien avec les PMI, tandis que d'autres orientent les personnes vers ces structures sans disposer de retours suffisamment détaillés de la part des personnes concernées ou des structures pour en documenter le fonctionnement ou les modalités d'accès. Les résultats présentés ci-dessous ne sont donc pas représentatifs de l'ensemble des PMI, mais apportent un éclairage sur les pratiques observées dans les structures pour lesquelles les équipes MdM disposaient d'informations suffisamment détaillées.

Parmi les 13 PMI décrites par les équipes MdM, trois étaient des PMI mobiles. Cinq PMI sur les 13 décrites réalisaient des visites sur les lieux de vie informels ou précaires.

L'ensemble des PMI proposent un suivi de grossesse tandis que le suivi médical pédiatrique est proposé dans une plus faible mesure. La planification familiale ou la prise en charge des violences est assurée dans la majorité des PMI (8 PMI sur 13).

Un service d'interprétariat est disponible dans la majorité des PMI décrites (8 PMI sur 13). Il est peu utilisé dans **deux** d'entre elles.

Pour **12 PMI, selon les équipes MdM les personnes étaient généralement bien accueillies dans ces PMI**. Cette appréciation globale n'exclut toutefois pas le signalement de situations de discrimination dans certaines structures. **Pour deux PMI**, les équipes interrogées ont jugé probable que les personnes orientées vers ces structures fassent l'expérience d'actes, de propos et/ou de comportements discriminatoires, volontaires ou non, sur la base de leur origine ethnique et/ou raciale, de leur genre, de leur statut migratoire, du nombre d'enfants, de leur situation au regard du handicap au cours de leur prise en charge. Cette appréciation est fondée sur leur expérience d'orientation vers ces PMI, les retours des personnes accompagnées et, dans certains cas, des accompagnements physiques réalisés par les équipes.

03

POINTS DE VUE DE PROFESSIONNEL·LES DE PMI

LES POINTS ESSENTIELS

Les éléments présentés ci-dessous synthétisent les principaux enseignements tirés des entretiens réalisés auprès de professionnel·les de cinq PMI en 2026.

- **Les PMI jouent un rôle central de prévention précoce et de repérage des vulnérabilités,** auprès des femmes, des enfants et des familles, grâce à un accompagnement inscrit dans la durée et à des interventions au plus près des lieux de vie.
- **Les situations de précarité administrative et résidentielle constituent des freins majeurs à la continuité des soins et au développement des enfants,** avec des conséquences importantes sur les parcours des familles, et le travail des professionnel·les.
- **Les professionnel·les alertent sur l'ampleur des besoins en santé mentale,** alors que les dispositifs spécialisés sont souvent saturés ou difficilement accessibles, notamment pour les publics les plus précaires.
- Les PMI sont confrontées à une **tension croissante entre leur mission universelle, l'augmentation des situations d'ultra-précarité et l'insuffisance des moyens humains et financiers disponibles** qui les conduit parfois à prioriser les situations les plus précaires et les plus complexes.

Cette partie restitue les principaux enseignements des entretiens semi-directifs réalisés auprès des professionnel·les de cinq PMI rencontré·es dans le cadre de l'étude.

UNE MISSION UNIVERSELLE DE PRÉVENTION DANS UNE PÉRIODE DÉTERMINANTE POUR LA SANTÉ DES FEMMES ET DES ENFANTS

ACCOMPAGNER LA GROSSESSE, SOUTENIR LA PARENTALITÉ ET PRÉVENIR LES VULNÉRABILITÉS PRÉCOCES

Les PMI ont un champ d'action très large et sont en lien avec de nombreuses structures dans le cadre de leurs différentes activités de prévention, de repérage des publics en situation de vulnérabilité, d'accompagnement et de suivi en matière de santé des enfants, de santé des femmes, de santé périnatale et de santé sexuelle.

Les professionnel·les interviewé·es soulignent ces liens avec de nombreux·ses acteur·rices : écoles maternelles (bilan dès 4 ans), maternités, services sociaux de secteur, centres de santé sexuelle, centres médico-psychologiques

(CMP), centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), PASS, notamment PASS pédiatriques et PASS gynéco-obstétriques, foyers d'hébergement…

Plusieurs professionnel·les interrogé·es soulignent le **rôle de prévention universel des PMI**, que ce soit pour les femmes, les enfants, les familles.

> *L'espace accueil PMI n'est pas un lieu dédié précarité, c'est un lieu, un espace de santé global pour tout le monde. C'est-à-dire qu'on accueille tout le monde. C'est aussi un lieu repère dans la période périnatale qui peut être très fragilisée quelle que soit la situation. Il n'y a pas que la précarité en fait.*
> **(professionnel·le de PMI)**

Les propos suivants illustrent **l'importance des visites postnatales à domicile et des consultations médicales de prévention pour les nourrissons**, dans une période de vie de grande vulnérabilité des mères et des nouveau-né·es :

> *On reçoit tous les avis de naissance de notre secteur, […] et sur un premier enfant, il serait parfait si on pouvait appeler ou proposer une visite à domicile à chacun. Des fois, par manque de temps, on n'y arrive pas. […] Parfois on arrive à faire des visites postnatales, qui s'annoncent simples, mais parfois on se rend compte qu'il y a un besoin, parce que ça sera une maman qui est fragile psychologiquement, qui a besoin d'être accompagnée pendant un temps […] alors que ça ne sera pas dans le registre de la précarité matérielle, […] on peut découvrir des dépressions du postpartum. Donc c'est vrai il faudrait tendre à voir toutes les premières naissances dans les familles.*
> **(professionnel·le de PMI)**

Les **consultations de PMI** constituent des temps privilégiés de prévention et de suivi du développement de l'enfant. Lorsqu'elles sont réalisées à domicile, elles offrent également aux professionnel·les une meilleure connaissance de l'environnement de vie des familles et de leurs besoins.

Le moment de la pesée est aussi un moment important pour détecter les vulnérabilités et proposer un soutien adapté :

> *Et c'est à travers ces séances pesées qu'on rencontre la famille et qu'on va voir ce dont elle a besoin le plus. Quand on dit pesée, vous pensez bien que ce n'est pas que peser, c'est une puéricultrice qui accueille et suivant le besoin qui est repéré ou demandé par la famille, on va proposer un accompagnement, soit médical avec [la médecin], soit ça va juste être un accompagnement médico-social.*
> **(professionnel·le de PMI)**

SANTÉ SEXUELLE ET ACCÈS À LA CONTRACEPTION

Cette mission de prévention s'exerce également dans le domaine de la santé sexuelle des femmes :

> *Il y a un entretien postnatal qui est effectué de manière systématique pour toutes les femmes suivies en PMI et celles qui le demandent. Celles qu'on va voir après l'accouchement, et pour qui on voit qu'il n'y a pas eu d'entretien […] on [explique] qu'il y a une sage-femme aussi en PMI, et on peut leur proposer [différentes méthodes de] contraceptions. [Ces] questions évidemment sont abordées à ce moment-là […]. Et on oriente évidemment sur les centres de santé sexuelle dès qu'il y a besoin.*
> **(professionnel·le de PMI)**

Ce·tte médecin réalise régulièrement des consultations en présence d'un·e conseiller·e conjugal·e et familial·e. Ce temps permet la mise en lien et d'aborder les questions de contraception, ainsi que les éventuelles difficultés au sein du couple :

> *À titre personnel, une fois par mois, je propose une consultation basique pour les nourrissons, mais à laquelle est présente notre conseillère conjugale et familiale. Donc on prend des temps de consultation plus longs pour pouvoir démarrer le travail éventuellement avec les familles et en tout cas pour faire connaître sa présence, son métier, ses missions et voilà. Il n'est pas rare que notre conseillère à la fin de la consultation sorte elle-même avec la famille et enchaîne.*
> **(professionnel·le de PMI)**

Cette PMI est localisée dans des locaux où sont présents plusieurs services du département, comme c'est le cas dans plusieurs territoires, et notamment le centre de santé sexuelle. **Cette unité de lieu facilite grandement la prise en charge pour les professionnel·les et l'accès aux soins pour les personnes**[44] :

> *Nous on a la chance d'avoir le centre de santé sexuelle dans nos bâtiments. On a des liens très forts, avec eux. Donc ça se fait assez naturellement. On rencontre la maman. Très souvent, quand on a fini la consultation, la pesée ou quoi, on accompagne la maman directement au centre de santé [sexuelle] pour l'aider à prendre rendez-vous pour sa suite de couches, pour sa contraception. […] Un centre, donc, avec un médecin, une sage-femme, une conseillère conjugale, une assistante sociale… souvent les grossesses un peu fragiles sont déjà connues à travers le CSS, ce qui facilite aussi, après, le suivi.*
> **(professionnel·le de PMI)**

44 Cf. Facteurs facilitants du recours aux soins p. 144.

Ce·tte professionnel·le, qui intervient essentiellement en bidonvilles, décrit comment **les demandes de contraception** s'inscrivent dans un **travail préalable d'information, de construction de lien et de confiance, d'implication des pères aussi**, mené avant même l'accouchement :

> *Avant même l'accouchement, on en parle déjà un petit peu surtout quand elles ont déjà beaucoup d'enfants et qu'elles sont très jeunes [...] Souvent c'est elles qui viennent à moi. Ou alors j'en parle, ça mûrit et puis 2, 3 mois après, elles me disent « Tu sais, tu m'avais parlé de l'implant là dans le bras, est-ce que tu peux me poser un implant ? » Je fais mûrir l'idée avant l'accouchement pour qu'elle puisse y songer. J'en parle même aux pères, ça m'arrive d'en parler aux pères aussi. [...] On essaie de façon très détendue ce n'est pas une injonction, c'est juste on discute [...] l'information passe et mûrit donc souvent après l'accouchement. [...] Donc elles viennent à moi.*
> **(professionnel·le de PMI)**

> *De plus en plus elles veulent toutes après l'accouchement que je leur pose un implant. [...] j'ai la possibilité de poser des stérilets et des implants. Les implants je peux les poser sur site. [...] pour les stérilets, je vais commencer à utiliser les cabinets des médecins dans les PMI [...] pour avoir une session de pose de stérilet et de distribution de contraception à la demande.*
> **(professionnel·le de PMI)**

À l'inverse, cet·te autre professionnel·le évoque les difficultés rencontrées par les équipes pour aborder les questions de contraception avec certaines personnes et familles :

> *Par rapport à la contraception, c'est vraiment la grosse difficulté, même quand y a eu plusieurs accouchements, que la maman est fatiguée, c'est très difficile de passer sur un mode de contraception, [...] il y a une grande part de méfiance et du religieux qui vient bloquer ça. [...] Autant le soin du bébé, l'éveil, la relation, les écrans, tout ce qu'on travaille OK, autant la relation de couple et la contraception ou le désir de grossesse, c'est très difficile.*
> **(professionnel·le de PMI)**

Des professionnel·les interviewé·es soulignent que **les PMI jouent un rôle important en matière d'information, de sensibilisation et d'accompagnement à la contraception**. Si certaines professionnel·les décrivent une demande parfois forte de la part des femmes, notamment après les accouchements, d'autres soulèvent les difficultés pouvant être rencontrées pour aborder ces questions avec certaines personnes et familles.

L'ALLER-VERS POUR FAVORISER L'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

Les PMI ont pour force de s'appuyer sur des équipes pluridisciplinaires composées de médecins généralistes, gynécologues, conseiller·es conjugales et familiales, sages-femmes, puériculteur·rices et parfois de psychologues. Un·e professionnel·le a par exemple expliqué comment le travail de la sage-femme en prénatal permet de préparer la mise en lien avec le·la puériculteur·rice après la naissance.

Depuis leur création, les PMI vont au-devant des personnes : avec les visites à domicile postnatales, les visites de dépistage dans les écoles maternelles, les séances d'éducation à la sexualité dans les collèges et les actions de prévention dans des structures collectives autour de la santé maternelle et infantile. Par ailleurs, nombre d'entre elles mènent également **des actions destinées à aller à la rencontre des personnes en grande précarité, notamment dans des structures de types foyer, centres d'hébergement, squats et bidonvilles**. Un·e professionnel·le interviewé·e intervient dans une PMI uniquement mobile :

> *L'objectif est quand même de permettre aux femmes enceintes des camps des bidonvilles d'avoir accès aux soins, avec un suivi de grossesse, la possibilité d'obtenir des échographies, [...] des bilans de grossesse dans les laboratoires du département limitrophes aux camps, et d'être inscrites dans les maternités publiques du département. [...] une fois que l'enfant est né, [il s'agit d'assurer] une première visite postnatale pour l'accueil de l'enfant, sa prise en charge, la mise au sein, l'accompagnement et le démarrage des vaccinations.*
> **(professionnel·le de PMI)**

Par ailleurs, des acteur·rices de PMI fixes ou mobiles, organisent des **sessions de prévention et vont vers les habitant·es de squats ou bidonvilles pour les ramener vers des sessions de vaccination dans les PMI voire**, lorsque cela est nécessaire, réaliser certaines **vaccinations directement sur place**. Au-delà des vaccinations, d'autres professionnel·les décrivent également des démarches d'aller-vers mises en œuvre dans les foyers, les hôtels sociaux ou les bidonvilles afin de faciliter l'accès aux services de PMI et de maintenir un lien avec les familles :

> *On anime des temps dans les foyers autour du jeu [...] On amène nos professionnels à se rendre dans les lieux de vie de ces personnes. Et c'est souvent le seul temps collectif qu'elles ont dans le foyer. Parce que ces foyers, on sait très bien l'isolement en fin de compte qu'elles ont. Et c'est souvent à travers l'enfant, le jeu, quand il y a plusieurs familles, qu'on arrive à créer une dynamique collective. [...] Nous, on s'adapte pour aller au plus près de ces personnes.*
> **(professionnel·le de PMI)**

[Les camions] […] peuvent être utilisés à la demande pour certaines actions. Par exemple, lors d'événements autour de la santé sexuelle ou de la contraception, organisés par plusieurs associations auxquelles la PMI est invitée. On peut alors venir avec un camion et proposer du dépistage du cancer du sein, du cancer du col […]. Ils peuvent aussi être utilisés pour faire des consultations. Côté enfants, ils sont davantage utilisés, car c'est plus simple à organiser. Pour les femmes, nous devons y installer un appareil d'échographie, ce qui est moins évident […]. L'objectif est de se déplacer dans certaines communes où il est difficile de faire venir les enfants, notamment pour des raisons géographiques […]. On essaie alors d'y déplacer un camion afin que la population puisse accéder aux consultations et aux vaccinations.
(professionnel·le de PMI)

Les professionnel·les interviewées disent avoir facilement accès à **l'interprétariat professionnel** en santé, par téléphone.

SERVICES DE PMI ET HABITANT·ES DE BIDONVILLES EN SEINE-SAINT-DENIS : DES PARCOURS FACILITÉS PAR LA MÉDIATION EN SANTÉ, MALGRÉ DES OBSTACLES PERSISTANTS

En France 571 bidonvilles sont actuellement recensés (*DIHAL 2023*). Les personnes qui y vivent sont exposées à des conditions de vie particulièrement précaires : habitat instable, insalubre, informel, accès limité à l'eau, à l'assainissement et à l'électricité, ainsi qu'à de multiples risques environnementaux (plomb, amiante, pollutions de l'air etc.) 15 à 20 000 personnes vivent en bidonville en France ce sont majoritairement des personnes appartenant à des communautés roms ou perçues comme telles et visées par l'antitsiganisme[45].

Situé au nord-est de Paris, la Seine-Saint-Denis est le département le plus pauvre de l'hexagone avec 27,6 % de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté (*France Culture 2025*). Il présente également un des plus hauts taux de mortalité infantile (5,4 pour 1 000 naissances) (*INSEE 2023*). Le département concentre un grand nombre de populations précaires avec plusieurs menaces d'expulsions des différents bidonvilles (Stains, Courneuve, Pierrefitte…). Les personnes peuvent vivre plusieurs expulsions par an (*France Culture 2025*). **Dans ce contexte, la complexité du système de soins, les difficultés d'accès à l'information ou encore les obstacles communicationnels ou encore la méfiance envers les structures de soins liée à des expériences de discrimination peuvent limiter la capacité des personnes à mobiliser les dispositifs de santé auxquels elles pourraient prétendre** (*Sannino et al. 2016*). Ainsi, comme toute personne en situation de précarité, les habitant·es des bidonvilles peuvent avoir une faible littératie en santé[46] et un faible recours aux soins. Le premier contact dans ces structures se fait majoritairement aux urgences en cas de problème aigu avec parfois un mauvais accueil ou une mauvaise prise en charge (*Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis 2022* ; *Prud'homme 2021*). L'instabilité structurelle (mobilité forcée, expulsions récurrentes) à laquelle cette population fait face, complexifie le suivi médical et les comportements favorables à la santé. Ce contexte montre que les savoirs de santé se construisent principalement autour d'adaptations et d'objectifs de survie (*Speed 2024*).

La combinaison de ces facteurs — précarité matérielle, instabilité, discriminations et difficultés d'accès aux droits — contribue à un état de santé globalement dégradé et à des inégalités marquées face au système de soins. Dans ce contexte marqué par de fortes inégalités sociales et sanitaires, les dispositifs de médiation en santé et d'aller-vers constituent des leviers essentiels pour favoriser l'accès aux soins et aux droits des personnes vivant en bidonville.

Une action conjointe de Médecins du Monde et de la PMI mobile

Depuis fin 2019, Médecins du Monde intervient dans un programme mobile de médiation en santé médicalisé. Le Programme « Bidonvilles de la Mission Banlieue » a pour objectifs d'accompagner les personnes appartenant aux communautés roms, ou étant perçues comme telles, habitant des lieux de vie informels (bidonvilles, squats…) dans leurs parcours de soins et l'accès à leurs droits en santé, de lutter contre les refus discriminatoires d'accès à la santé, et d'appuyer et accompagner la mise en œuvre d'une politique locale de résorption des bidonvilles.

Une équipe mobile PMI précarité (composée d'une sage-femme, d'une puéricultrice et d'une médiatrice en santé roumanophone) opère en « aller-vers » dans le cadre d'un projet de la Direction Enfance Famille du conseil départemental de Seine-Saint-Denis dans les

45 Selon la Commission européenne contre le racisme et l'intolérance (ECRI), l'antitsiganisme est « une forme spécifique de racisme, une idéologie fondée sur la supériorité raciale, une forme de déshumanisation et de racisme institutionnel nourrie par une discrimination historique qui se manifeste, entre autres, par la violence, le discours de haine, l'exploitation, la stigmatisation et la discrimination dans sa forme la plus flagrante» (§ 15 du préambule de la RPG 13) https://www.coe.int/fr/web/european-commission-against-racism-and-intolerance/ecri-glossary
46 Capacité des individus à accéder à l'information en santé, à la comprendre et à l'utiliser pour prendre des décisions éclairées concernant leur santé.

bidonvilles de Noisy-Le-Sec, Bondy, Aulnay-sous-Bois. L'objectif est de contribuer à réduire la morbidité et mortalité infantile et périnatale en favorisant l'accès à un parcours de soins adapté et en renforçant la compréhension des questions de santé pour les femmes, les femmes enceintes et les enfants de moins de 6 ans vivant dans les bidonvilles.

Une enquête auprès d'habitant·es de bidonvilles de Seine-Saint-Denis

Dans le cadre de ce focus, en février 2026, Médecins du Monde a mené une enquête principalement dans des bidonvilles implantés sur une zone de jardins ouvriers sur la commune de Stains pour **documenter les perceptions des personnes vivant en bidonville concernant la qualité et l'accessibilité des services de PMI sur le territoire concerné**. Le questionnaire repose sur le modèle IMB (Information, Motivation, Behavior), qui permet d'analyser les connaissances, les motivations et les compétences des personnes dans leur recours aux soins.

La collecte des données a été réalisée auprès de 49 personnes, rencontrées lors de neuf interventions en février 2026. Les questionnaires ont été administrés oralement, en présence d'un·e interprète. Les personnes interrogées ont accepté de participer potentiellement en raison d'un lien de confiance déjà établi avec les équipes de Médecins du Monde. Elles avaient souvent été accompagnées ou orientées dans leur parcours de soins, ce qui constitue une caractéristique importante de l'échantillon. Au total, 32 refus de participation ont été recensés, liés notamment au manque de temps, à un faible intérêt ou à une méfiance envers l'enquête lorsque le lien avec les équipes n'était pas établi. Les résultats présentés portent donc sur les 49 répondant·es.

Des personnes informées et motivées, mais confrontées à des obstacles persistants

Les résultats de l'enquête mettent en évidence **des niveaux relativement élevés de connaissance et d'implication des personnes interrogées. Ainsi, 75 % des répondant·es sont bien informé·es sur le suivi médical de la grossesse et les missions de la PMI, avec un score moyen de 71 % de bonnes réponses aux questions de connaissance.**

Les personnes apparaissent également **engagées dans leur suivi : 83 % considèrent les examens médicaux rassurants, et 87 % déclarent être encouragées par leur entourage à consulter des professionnel·les de santé.**

Par ailleurs, **88 % des personnes déclarent se sentir écoutées et respectées par les professionnel·les de PMI**. Ces résultats positifs doivent toutefois être interprétés avec précaution au regard des caractéristiques de l'échantillon. Les personnes interrogées correspondent majoritairement à des familles déjà en lien avec les dispositifs de médiation en santé, connues des équipes et engagées dans des parcours de soins. Cette enquête est donc susceptible d'être affectée par un biais de sélection, les participant·es ayant été recruté·es sur la base du volontariat. Les résultats pourraient donc ne pas être généralisables à l'ensemble de la population d'un bidonville ne bénéficiant pas d'un accompagnement d'un programme de médiation en santé. Par ailleurs, ils doivent également être replacés dans le contexte spécifique des services de PMI, dont les modalités d'accueil sont particulièrement adaptées aux publics en situation de précarité, notamment grâce à l'absence de condition de couverture maladie pour l'accès aux consultations et à la possibilité de recourir à l'interprétariat. Ces caractéristiques qui n'existent pas dans toutes les structures de santé peuvent pourtant contribuer à renforcer le sentiment d'écoute et de respect exprimé par les personnes interrogées.

Ce biais de sélection s'accompagne d'un possible biais de désirabilité sociale, les personnes pouvant formuler des réponses conformes à ce qu'elles perçoivent comme attendu.

Ainsi, l'enquête repose sur une situation considérée comme favorable, qui ne reflète pas l'ensemble des situations rencontrées dans les bidonvilles.

Malgré ce contexte favorable, les résultats mettent en évidence des difficultés importantes. En particulier, **39 % des personnes déclarent avoir des difficultés à comprendre les informations délivrées par les professionnel·les de PMI, et 32 % indiquent que cela dépend des situations**.

Des difficultés apparaissent également dans la communication et dans les compétences d'interaction avec le système de soins : une partie des personnes déclare ne pas être à l'aise pour poser des questions sur la santé sexuelle (23 %), exprimer un refus à un·e professionnel·le de santé (31 %) ou s'orienter dans les démarches administratives et médicales (prise de rendez-vous 23 % et déplacement à la PMI 43 %). Ces résultats mettent en évidence la persistance d'obstacles sérieux, liés notamment aux barrières linguistiques, aux conditions de vie et aux difficultés structurelles d'accès au système de santé.

Dans cette perspective, la médiation en santé apparaît comme un facteur expliquant en partie les résultats positifs observés. Le travail mené dans la durée, dans un cadre stabilisé et avec un réseau partenarial, contribue à améliorer les connaissances, les pratiques et le recours aux soins.

Cependant, ces dispositifs ne permettent pas de lever l'ensemble des obstacles, en particulier ceux liés aux conditions de vie, à l'instabilité des lieux de vie ou aux contraintes structurelles telles que l'accès à l'interprétariat ou l'organisation des services.

Ainsi, l'analyse des résultats met en évidence une double réalité : des effets positifs liés à la médiation en santé, mais aussi la persistance de difficultés importantes, révélatrices des inégalités d'accès aux soins dans ces contextes.

Trois leviers pour améliorer l'accès effectif aux PMI

Le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe a ratifié des recommandations encourageant les États membres à faire de l'amélioration de la santé des Roms et des Gens du voyage une priorité en développant des stratégies globales adaptées à leurs besoins. Cela implique une approche intersectorielle prenant en compte les déterminants sociaux de la santé (logement, éducation, emploi, protection sociale), l'intégration de leurs besoins dans les systèmes de santé nationaux, ainsi que la collecte de données et la recherche pour mieux orienter les politiques publiques (*Conseil de l'Europe 2006*).

Les résultats de cette enquête montrent que les habitant·es des bidonvilles rencontré·es ne sont pas éloigné·es des soins par manque d'intérêt ou de motivation. Au contraire, ils et elles manifestent une forte préoccupation pour la santé des enfants et une volonté de recourir aux services de PMI. Les difficultés observées relèvent principalement d'obstacles structurels : instabilité résidentielle, barrières linguistiques, complexité administrative et difficultés d'orientation dans le système de santé. Ainsi, l'amélioration de l'accès effectif aux PMI nécessite une action coordonnée combinant sécurisation des conditions de vie, développement de l'interprétariat professionnel et renforcement des dispositifs de médiation en santé et d'aller-vers. Ces leviers apparaissent complémentaires pour garantir la continuité des parcours et réduire durablement les inégalités de santé auxquelles les populations vivant en bidonville restent exposées. Par ailleurs, certains diagnostics réalisés en bidonville mettent en évidence l'existence de phénomènes d'emprise ou d'exploitation pouvant renforcer les situations de vulnérabilité de certaines personnes. Sans être systématiques, ces situations peuvent limiter la capacité des individus à entreprendre des démarches de santé, à se rendre à des rendez-vous médicaux ou à mobiliser leurs droits et les ressources existantes[47].

Stabiliser les lieux de vie pour garantir la continuité des soins

À l'heure de l'écriture de ce rapport, le bidonville de Stains a été expulsé le 1er juillet 2026. Les résultats de l'enquête mettent pourtant en évidence l'importance de la continuité des parcours de soins pour les femmes enceintes et les jeunes enfants. Or, **les expulsions constituent un facteur majeur de rupture de cette continuité**. En provoquant des déplacements forcés et une perte des repères territoriaux, elles fragilisent les liens établis avec les services de santé, retardent les suivis médicaux et favorisent les interruptions de traitement. Selon le Collectif national des droits de l'homme Romeurope, ces ruptures peuvent se traduire par des vaccinations incomplètes, des maladies chroniques moins suivies ou des retards de prise en charge (*CNDH Romeurope 2026*). Les expulsions répétées, pouvant survenir plusieurs fois par an, sont également associées à une dégradation de la santé mentale et à un sentiment permanent d'incertitude et à des difficultés à se projeter dans le temps, ce qui peut compliquer l'organisation du suivi médical et la prise de rendez-vous. Dans cette perspective, la stabilisation des lieux de vie apparaît comme une condition essentielle d'un accès durable aux soins (*France Inter 2024*). Cette approche est notamment reprise dans la feuille de route départementale de résorption des bidonvilles portée par la préfecture de Seine-Saint-Denis, qui met l'accent sur la stabilisation des sites comme levier d'amélioration des conditions de vie et d'accès aux droits. Par ailleurs, les expulsions ont été qualifiées par ONU-Habitat de violation d'un principe fondamental du droit à un logement adéquat.

Renforcer l'accès à l'interprétariat professionnel

Les difficultés de compréhension rapportées par des répondant·es montrent que l'accès aux structures de soins ne garantit pas, à lui seul, une compréhension effective des informations médicales. En effet, **la question de l'interprétariat apparaît centrale.** La Haute Autorité de santé reconnaît l'interprétariat professionnel comme un levier essentiel pour garantir l'égalité d'accès aux soins, améliorer la qualité des prises en charge et permettre un consentement réellement éclairé (*HAS 2017a*). Pourtant, les moyens financiers consacrés à ce dispositif restent largement insuffisants au regard des besoins identifiés par l'Inspection générale des affaires sociales (*Burnel et Calmette 2019*). Cette insuffisance se traduit concrètement sur certains territoires où les enveloppes dédiées à l'interprétariat ne permettent pas toujours de couvrir les besoins sur l'ensemble de l'année. Au-delà de son financement, l'effectivité du recours à l'interprétariat repose également

47 (*Squats et bidonvilles s. d.*).

sur la sensibilisation et la formation des professionnel·les de santé à son utilisation dans le cadre de la relation de soins. Le développement de l'interprétariat professionnel constitue ainsi un enjeu majeur pour réduire les inégalités d'accès aux soins observées dans les situations de grande précarité.

Pérenniser les dispositifs de médiation en santé et d'aller-vers

Les résultats de cette enquête ont été obtenus auprès de personnes majoritairement accompagnées par Médecins du Monde et bénéficiant de l'intervention de la PMI mobile. Les niveaux relativement élevés de connaissances, de motivation et de confiance envers les professionnel·les observés dans l'enquête suggèrent que ces dispositifs contribuent à améliorer l'accès aux soins. La littérature montre que **la médiation en santé facilite la relation entre les institutions de santé et les personnes les plus éloignées du système de soins** (*Richard 2023 ; Speed 2024*). En favorisant la compréhension mutuelle, en accompagnant physiquement les personnes dans leurs démarches et en contribuant à restaurer la confiance envers les institutions, elle participe au développement de la littératie en santé et à la continuité des parcours. Les dispositifs de médiation tels que la PMI mobile ou la démarche « d'aller vers » de la mission banlieue de MdM facilitent la communication et répondent aux besoins et demandes des habitant·es du bidonville. La littératie en santé et la continuité du parcours sont ainsi favorisées par l'accompagnement physique dans un objectif de « ramener vers » les structures de soins publiques. Cette démarche permet de reconstruire la confiance dans le système de soins.

Les résultats de l'enquête soulignent l'intérêt des dispositifs de médiation en santé pour soutenir la continuité des parcours de soins, renforcer la confiance entre les institutions et les personnes concernées. Toutefois, l'efficacité de la médiation en santé demeure étroitement liée à la capacité des politiques publiques à agir simultanément sur les autres déterminants de la santé, notamment l'accès aux droits, la stabilité résidentielle et les conditions de vie. Les observations de terrain convergent ainsi pour recommander le développement des dispositifs de médiation, la levée des freins administratifs et la mise en œuvre de politiques davantage inclusives, seules à même d'améliorer durablement la santé des habitant·es des bidonvilles.

ACCÈS ET REPÉRAGE : COMMENT ASSURER UNE MISSION UNIVERSELLE DANS UN CONTEXTE D'ULTRA PRÉCARITÉ ?

Un·e professionnel·le interviewé·e souligne que la PMI dans laquelle il·elle travaille ne refuse personne : toute demande donne lieu à une réponse, une orientation ou un rendez-vous, dans un délai variant selon l'urgence du besoin exprimé mais n'excédant généralement pas une semaine. Dans ce cadre, les sages-femmes, les puériculteur·rices et les médecins repèrent les personnes et familles les plus vulnérables ou présentant des fragilités particulières. Selon les territoires, ils et elles sont amené·es à prioriser les situations cumulant de nombreuses vulnérabilités.

Tout comme les professionnel·les des PASS, ceux·lles de PMI décrivent **comment dans le cadre de leur mission et face à l'importance des besoins et à l'insuffisance des moyens, ils et elles sont amené·es, selon les territoires, à prioriser les situations**, à agir et intervenir auprès de familles extrêmement précaires, de familles relevant de « *la grosse précarité* ». Les mots semblent manquer dans cette échelle des exclusions. De fait, ces professionnel·les se retrouvent à suivre et accompagner les plus exclu·es, sur des périodes de plus en plus longues. Il s'agit souvent de personnes étrangères en situation administrative et résidentielle extrêmement précaires, relégué·es aux extrêmes marges de la citoyenneté : personnes en demande d'asile, personnes primo-arrivantes, personnes déboutées de l'asile, personnes dont le parcours « d'arrivée » se prolonge de plus en plus.

Ce·tte professionnel·le décrit comment, notamment pour les consultations médicales, **la PMI dans laquelle elle exerce n'arrive plus à remplir pleinement sa mission universelle mais « se spécialise » de fait auprès des familles les plus marginalisées**, celles qui « ne peuvent trouver ailleurs » ce que la PMI propose, de façon inconditionnelle, pluridisciplinaire et gratuite.

Les tensions sur les effectifs médicaux conduisent certaines PMI à adapter leurs modalités d'intervention afin de répondre en priorité aux besoins jugés les plus urgents :

> *La difficulté c'est qu'on n'a pas assez de temps médical. Donc même si on est universel, on accueille quasiment que les familles qui ne peuvent pas trouver ailleurs ce qu'elles viennent chercher en PMI. Donc c'est vrai qu'on se coupe de toute une partie de la population, mais malheureusement on est obligé de faire des choix même dans qui vient en PMI […] [sur certains] territoires, c'est exactement la même difficulté : on ne peut plus proposer à tout le monde*

le suivi médical éducatif des enfants parce que pas assez de temps médical. [Parce qu'] on n'arrive pas à recruter.
(professionnel·le de PMI)

Devant une population extrêmement reléguée, qui de fait a très peu de droits, un·e médecin dit se garder parfois le temps d'une consultation pour d'autres publics :

Quand [les professionnel·les] ne voient plus que des situations très compliquées, ils n'ont même plus la même exigence, heureusement, de suivi, de santé, d'accompagnement ; on se réajuste systématiquement. Et c'est vrai que sur certaines de nos [PMI], on accueille tellement du public fragilisé que ça fait du bien quand il y a une famille qui n'est pas trop fragilisée (sourire). Parce qu'on perd aussi au niveau professionnel. [...] On sait très bien qu'ils ne pourront pas... [avoir accès aux mêmes choses que les autres familles].
(professionnel·le de PMI)

Les sages-femmes libérales proposent également des consultations postnatales. Toutefois, contrairement à la PMI, elles n'offrent pas un accompagnement pluridisciplinaire, collectif, gratuit et inconditionnel. Un·e professionnel·le souligne que le développement des consultations postnatales proposées par les sages-femmes libérales peut rendre moins lisible, pour les familles, le rôle spécifique de la PMI et, à terme, renforcer une différenciation entre les personnes pouvant recourir à une prise en charge libérale et celles qui dépendent davantage du service public :

Mais aussi on a... pour le commun de toutes les mamans, les sages-femmes libérales qui maintenant proposent aussi un service après la naissance. Du coup, les familles ne se repèrent pas et ne comprennent plus trop quel est l'avantage de la PMI. S'il n'y a pas des partenaires, si ce n'est pas un foyer c'est-à-dire qu'on est en pleine concurrence actuellement avec les sages-femmes libérales qui ne proposent pas le même accompagnement qui est limité. Et qui nous fait vraiment concurrence à ce niveau-là parce que les familles ne se repèrent pas : « J'ai une sage-femme libérale, je ne vois pas l'intérêt » Voilà, juste, c'est nouveau, ça fait quelques années, depuis qu'elles ont cette option-là dans leur suivi. Et du coup, nous, sur notre secteur on essaye de créer du lien un peu privilégié avec justement les sages-femmes libérales pour qu'elles puissent nous renvoyer les situations qu'elles sentent fragiles.
(professionnel·le de PMI)

Les réalités sociales et les besoins des personnes accueillies par les PMI varient selon les territoires. Ils peuvent aussi varier dans le temps, au gré de l'ouverture et de la fermeture d'hôtels sociaux, de structures d'hébergement, de la présence ou de structure d'accueil social des demandeur·ses d'asile :

Une des grosses particularités, [c'est qu']au premier regard, on pourrait se dire « PMI [de] centre [ville] », c'est une population plutôt favorisée, avec des habitats, des gens qui travaillent, des catégories socioprofessionnelles relativement aisées. Et en fait, il y a aussi beaucoup de personnes demandeuses d'asile, qui sont hébergées. [...] À un moment, on avait 25 hôtels sur [la ville], donc ça faisait vraiment énormément d'enfants et de familles qui étaient pris en charge sur le centre-ville, avec de la grosse précarité. [...] Des mamans enceintes ou avec les enfants de moins de 3 ans, ou alors les familles en résidence stable, et qui sont hébergées par l'État.
(professionnel·le de PMI)

Ces inégalités sociales territorialisées sont bien connues des professionnel·les de PMI interviewé·es :

Et après on fait tout ce qui est bilan en école maternelle avec le médecin aussi en tandem, le bilan des 4 ans, ce qui est dépistage visuel, auditif, langage. [Il y a] 11 écoles maternelles sur le secteur. Et on retrouve en fonction des localisations des écoles, pour certaines, on retrouve beaucoup d'enfants en difficulté dans le langage. Alors soit quand on regarde un petit peu, soit c'est des familles effectivement hébergées à l'hôtel, non francophones pour certains ; c'est... oui, c'est un peu difficile.
(professionnel·le de PMI)

ORIENTATION ET TRAVAIL PARTENARIAL POUR L'ACCOMPAGNEMENT DES PUBLICS VULNÉRABLES

Les professionnel·les interviewé·es et leurs équipes sont en lien avec de nombreux·ses acteur·rices médicaux·les et sociaux·les, pour repérer, orienter et accompagner les enfants et familles vulnérables : maternités, écoles, services sociaux, centres de santé sexuels, CeGIDD, aide sociale à l'enfance... **Les entretiens mettent en évidence des expériences contrastées du travail en réseau avec les autres acteur·rices du territoire, la nécessité d'articuler différents dispositifs d'accompagnement et de soins pour les personnes les plus vulnérables, ainsi que le rôle central de la médiation en santé dans la continuité des parcours.**

Les orientations vers les PASS sont décrites de manière contrastée selon les contextes et les spécialités concernées :

Pour la PASS, si c'est quelque chose d'aigu, je trouve que c'est toujours difficile pour avoir le rendez-vous. […] les délais sont longs. Donc si c'est quelque chose d'urgent, et qu'il n'y a pas de couverture, c'est l'hôpital.
(professionnel·le de PMI).

Au niveau PASS obstétrique, les sages-femmes sont bien en lien [ainsi que] notre médecin aussi du CSS. Ce sont des liens réguliers, […] plusieurs fois par semaine. […] au niveau obstétrique, suivi de grossesse, ça fonctionne beaucoup.
(professionnel·le de PMI)

Actuellement [nous avons] des contraintes RH au niveau des sages-femmes [et] je crois que la PASS maternité est aussi surchargée. On travaille en lien avec eux et on essaye de répondre au mieux. Je n'ai pas entendu de situation où on n'a pas réussi à faire une prise en charge.
(professionnel·le de PMI)

L'articulation entre PMI, structure hospitalière et dispositifs spécialisés apparait particulièrement importante dans le suivi des grossesses présentant des facteurs de vulnérabilité ou des complications :

Quand une femme présente une pathologie de grossesse, elle va être rapidement orientée vers l'hôpital. Quand c'est une mineure, je vais être plus attentive et je vais l'accompagner jusqu'à ce qu'elle puisse être inscrite à l'hôpital. Donc oui, je priorise les femmes très jeunes et les grandes multipares aussi qui pourrait présenter des complications. Ou les femmes qui sortent d'hospitalisation, qui ont besoin d'une surveillance de tension ou de glycémie, je peux aller les voir un peu plus fréquemment que les autres. Mais à partir du moment où il y a une pathologie, il est clair que je passe la main et que c'est l'hôpital qui s'en charge.
(professionnel·le de PMI)

Un·e professionnel·le intervenant directement dans les bidonvilles explique par ailleurs qu'elle assure elle-même les suivis de grossesse des femmes rencontrées, afin de garantir leur accès aux soins tout en limitant la sollicitation de services de PMI déjà fortement contraints.

Le ou la même professionnel·le explique comment il·elle évite dans la mesure du possible d'orienter les « patientes des bidonvilles » sur ses collègues afin de ne pas sursolliciter les sages-femmes des PMI déjà surchargées :

Toutes les consultations de suivi grossesse, c'est moi qui les fais parce que les sages-femmes de PMI sont elles-mêmes débordées. Donc je ne vais pas leur envoyer « mes » patientes des bidonvilles. Elles n'iront jamais dans les bidonvilles donc je préfère faire des consultations sur place.
(professionnel·le de PMI)

Ce·tte même professionnel·le souligne également **l'importance du rôle des médiateur·rices en santé pour accueillir, orienter et accompagner les femmes à l'hôpital, notamment lorsqu'elles ne maîtrisent pas la langue ou les codes hospitaliers**, et ainsi éviter qu'elles ne renoncent face à tant d'obstacles :

Parce que l'hôpital, c'est compliqué pour les gens qui ne parlent pas la langue […] sur l'hôpital [XX] il y a une médiatrice en santé romanophone […] je les accompagne pour leur premier rendez-vous […] [puis] je passe la main à ma collègue sur place qui prend le relais elles peuvent [contacter] la médiatrice en santé. […] Le circuit de l'hôpital peut être compliqué quand on n'a pas connaissance de la langue et la compréhension des lieux moi c'est important pour qu'elles n'aient pas peur et pour pouvoir les fidéliser et poursuivre le l'accompagnement jusqu'au bout.
(professionnel·le de PMI)

Ce qu'on peut rencontrer chez les libéraux, c'est plus la barrière de la langue. […] il y a l'ARS qui finance un dispositif d'accès à l'interprétariat professionnel en santé. […] Mais c'est très peu connu, très peu utilisé […] c'est particulier quand même parce que n'est pas de la médiation santé. Et quand on a testé un peu les 2, les équipes elles font la différence […] avoir un médiateur santé qui peut aussi se saisir de la culture de la personne qui est en face, ça apporte [beaucoup] d'éclairage sur la prise en situation.
(professionnel·le de PMI)

DE TRÈS FORTS BESOINS EN SANTÉ MENTALE FACE À DES RÉPONSES CONSIDÉRABLEMENT AFFAIBLIES

Tout en soulignant que les troubles du développement de l'enfant concernent l'ensemble des milieux sociaux, **la plupart des professionnel·les décrivent une santé mentale**

dégradée, voire très dégradée chez les familles en grande précarité. Ils et elles relient cette situation à **l'accumulation de difficultés matérielles et sociales** notamment pour répondre à des besoins essentiels tels que se nourrir ou disposer d'un logement stable et digne. Plusieurs professionnel·les rapportent également **la fréquence importante des troubles du neurodéveloppement chez l'enfant**, notamment chez ceux et celles qui grandissent pendant plusieurs années dans des conditions de vie très dégradées, **notamment en chambre d'hôtel dans des contextes de forte instabilité résidentielle**[48]. Les effets des déterminants sociaux, les conditions de vie dégradées, l'instabilité résidentielle altèrent le développement des enfants mais aussi retardent leur repérage ou leur prise en charge :

> *Les troubles du développement on le voit dans tous les milieux, mais la précarité c'est un facteur aggravant. […] On voit des secteurs géographiques qui sont plus touchés que d'autres. La précarité, va accentuer des troubles chez des enfants qui ont des fragilités […], d'autres [enfants qui auront] d'autres stimulations, n'auront pas de troubles, ou auront beaucoup plus d'adaptation et faculté pour s'adapter […] ou ils seront pris en charge de façon beaucoup plus précoce.*
> **(professionnel·le de PMI)**

Les traumatismes vécus des parents sont également soulignés comme une possible explication des troubles ou pathologies observés chez les enfants. Plusieurs **professionnel·les s'interrogent sur les effets que ces expériences traumatiques pourraient avoir sur le développement des enfants, notamment dans les territoires concentrant des populations confrontées à des parcours migratoires particulièrement éprouvants** :

> *Avec des collègues, on se posait la question aussi du vécu, du vécu des parents, parce qu'on on réalisait ensemble récemment que on avait toutes dans notre pratique, une population qui vient d'un pays en particulier, dont on sait que le parcours migratoire est extrêmement traumatisant. Et on se faisait la réflexion que tous les enfants, enfin tous les enfants, j'exagère, mais beaucoup d'enfants de ces parents-là présentaient des troubles autistiques extrêmement profonds et on se demandait, voilà, on se disait que c'était peut-être une piste aussi que le vécu traumatique des parents pouvait aggraver les troubles des enfants, voire les créer, je ne sais pas, mais voilà. Ce qui fait que sur nos quartiers très précaires, voilà des parents traumatisés de leur migration, on en a, on en a énormément.*
> **(professionnel·le de PMI)**

Face à ces situations, un·e professionnel·le dit « avoir de la chance » de pouvoir s'appuyer sur un service psychiatrique spécialisé sur les psychotraumatismes liés à la migration situé à proximité :

> *On a de la chance, comme je vous disais, avec l'hôpital psychiatrique qu'on a à côté, il y a un service spécialisé justement qui traite de ces psychotraumas de la migration et qui accueille beaucoup de personnes qu'on peut envoyer. D'ailleurs j'avais rencontré celui qui s'occupe de ça.*
> **(professionnel·le de PMI)**

Comme les professionnel·les des PASS, ils et elles soulignent plus largement **l'affaiblissement des structures en santé mentale pouvant assurer un soutien ou une prise en charge** :

> *C'est impossible d'avoir maintenant une prise en charge dans les CMP […] dans des temps raisonnables. Même pour les enfants d'ailleurs. Ça marche très bien pour les deux ans, […] parce que le service psychiatrie infantile sur notre secteur a décidé de mettre l'accent et les moyens sur les 0-2 ans, tout en délaissant du coup les autres tranches d'âge. […] du coup pour les plus grands, tout ce qui est trois, quatre [ans] jusqu'à ado c'est beaucoup moins de moyens.*
> **(professionnel·le de PMI)**

Ce·tte professionnel·le décrit les difficultés rencontrées avec les plateformes de coordination et d'orientation (PCO) pour suspicion du trouble du neurodéveloppement chez l'enfant. Ces dispositifs ont été mis en place pour pallier la diminution des moyens des CMP. Cette personne en souligne toutefois les limites, notamment l'impossibilité d'y orienter les personnes sans protection maladie, la lourdeur et la complexité des dossiers à constituer pour les professionnel·les comme pour les familles, ainsi que des délais pouvant atteindre un an :

> *On a des délais de réponse des plateformes qui se sont drastiquement allongés […] Quand je vois un enfant qui nécessite l'entrée dans la plateforme, entre le temps de remplissage des dossiers […] et le temps de réponse de la plateforme on compte à peu près 6 mois pour une acceptation du dossier. On va rajouter un ou deux mois pour le rendez-vous psychomotricien, on n'est pas loin d'un an. […] ça facilite sur le diagnostic c'est sûr, mais sur le travail ça nous en a presque rajouté. […] le CMP a tendance à se cacher aussi derrière les plateformes en nous*

48 « L'instabilité résidentielle peut être comprise comme un processus de fragilisation de la capacité, de la possibilité et de l'exercice du droit d'être chez soi », résultant de contraintes économiques, institutionnelles et sociales, susceptibles de compromettre l'accès ou le maintien dans un logement stable (*MacDonald et al. 2022*).

refusant l'accès tant que le l'enfant n'est pas inscrit sur la plateforme. Du coup c'est le serpent qui se mord la queue pour les enfants qui n'ont pas de droits. On nous dit « ben faut faire une PCO », mais on n'a pas le droit à la PCO non plus pour les enfants très précaires, on n'a pas de réelle solution.
(professionnel·le de PMI)

Face à ces difficultés certain·es professionnel·les mettent en place des ateliers langage « juste pour réapprendre à rentrer en communication avec son enfant », et à renforcer le lien parents-enfant. Plus largement, ces ateliers (massage, jeu, bain) visent à permettre aux parents de se réapproprier leur rôle parental dans des contextes marqués par de multiples difficultés sociales et familiales[49]. En développant une approche en santé mentale et en soutien psychosocial, on reconnaît l'effet que les activités ou la prise en charge proposées - même lorsqu'elles ne sont pas directement orientées vers la santé mentale et le soutien psychosocial - ont sur le bien-être psychique des personnes accueillies :

On est arrivé à mettre en place des ateliers langage juste pour réapprendre à rentrer en communication avec son enfant. Ces femmes [ont souvent] tellement d'autres difficultés que [...] rien que communiquer, reparler, recréer du lien [avec leur enfant], [c'est déjà important] quand en plus ça a été des grossesses qui ont été difficiles, [ou qu'il y] a des troubles du lien. [...] le B.A.-BA c'est reprendre contact avec [son] enfant à travers les ateliers de massage, on commence [dès le plus jeune âge] à proposer ça. Après on propose autour du jeu, autour du bain, des petites [activités], des ateliers comme ça pour que les parents se réapproprient leur rôle de parents et communiquent avec leur enfant. Et ce qui je pense a accentué [la situation], c'est le COVID [...]. Mais aussi tout ce qui est écran parce que maintenant la solution c'est l'écran systématiquement et nous on essaie de casser ça, de redire, parler, discuter, amusez-vous. Et donc dans les milieux où malheureusement on ne prend plus le temps de s'amuser avec son enfant, c'est de plus en plus préoccupant pour les enfants.
(professionnel·le de PMI)

Afin de favoriser le recours aux dispositifs de santé mentale certain·es professionnel·les expliquent également chercher à créer des liens de confiance entre les familles et les équipes spécialisées. Pour ce faire, ces professionnel·les font venir des équipes de CMP lors des séances de pesée lorsque cela est possible.

STIGMATISATIONS ET DISCRIMINATIONS

Un·e professionnel·le de PMI mobile intervenant souvent en bidonvilles décrit les difficultés rencontrées pour faire accéder ces familles aux dispositifs de droit commun. Cette personne estime que les populations considérées comme Roms font l'objet de stigmatisation, qui peuvent aussi s'exprimer au sein de certaines PMI :

C'est une population stigmatisée dans son pays mais en France aussi On le sait, on le sent, mais on a envie de dire qu'on s'en fiche en fait. Parce que c'est la loi : ils ont droit, c'est tout. On pousse un peu les portes [...] il faut y aller. [...] on met les gens face à leurs responsabilités. La PMI n'appartient pas aux gens qui travaillent dedans. S'il y a besoin d'un soin, il y a besoin d'une prise en charge, on est là pour ça [...] c'est pour ça qu'on dérange un petit peu des fois.
(professionnel·le de PMI)

La même personne décrit des réactions de réticences et de préjugés de professionnel·les de PMI à l'égard de bébés de familles Roms. Selon elle, ces représentations peuvent toutefois évoluer au contact des familles et grâce à un travail de sensibilisation mené par les équipes intervenant auprès de ces publics :

Si, ils n'ont pas envie de les voir là, ils n'ont pas envie de les avoir là dans les locaux et on sent le regard. Les gens restent en retrait, ils n'osent pas toucher les enfants. Je trouve ça vraiment limite raciste en fait. C'est clair donc bah et nous on est tellement proche de cette communauté qu'on ne comprend pas. Un bébé reste un bébé, quelle que soit son origine. Donc bon après ça, après quelques minutes, à force de nous voir fonctionner comme on fonctionne, on est capable de jouer, on est capable de peser, de toucher, ce n'est pas un problème. Ouais, c'est ça rend un peu ridicule d'être aussi. Tant mieux, mais il faut... c'est du travail quand même. Nous ça nous débecte à chaque fois on dit « ben dis donc n'importe quoi, c'est... » ; puis on dit « regarde c'est un bébé ou quoi ? Il est tout mignon, il n'a rien fait il est juste Rom, c'est tout ».
(professionnel·le de PMI)

49 D'autres dispositifs tels que l'étude PANJO sur 11 territoires « propose à des femmes accueillant leur premier enfant et vivant en situation de vulnérabilité psychosociale, un soutien à domicile renforcé qui vise à développer les liens d'attachement sécure entre elle et leur nouveau-né, dans une approche globale et positive de leur santé. » https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/des-enjeux-de-proximite-pour-la-politique-de-sante-mentale/des-projets-de-territoires-en-sante-mentale-illustres-sur-le-terrain/article/programme-panjo-promotion-de-la-sante-et-de-l-attachement-des-nouveau-nes-et-de

L'ERRANCE ADMINISTRATIVE ET RÉSIDENTIELLE COMME DÉTERMINANT DE SANTÉ ET FREIN MAJEUR À LA CONTINUITÉ DES SOINS

Les professionnel·les interviewé·es sont tous·tes confronté·es aux situations de grande précarité, notamment administrative, d'une grande partie des familles. Ils et elles soulignent que les personnes arrivant en France mettent davantage de temps à accéder à un minimum de stabilité administrative, que ce soit dans le cadre d'une demande d'asile ou non. Cette instabilité retarde l'ouverture des droits essentiels et complique l'accès à un logement digne et stable et les démarches d'accompagnement.

UNE PRÉCARITÉ ADMINISTRATIVE QUI FREINE L'ACCÈS AUX DROITS ET SOINS

Parmi les obstacles identifiés **la domiciliation apparait comme un enjeu majeur et un véritable premier goulot d'étranglement pour l'accès à de nombreux droits des personnes en précarité**[50]. Un·e professionnel·le fait l'hypothèse que sur son territoire ce blocage pourrait relever de choix politiques plus que de contraintes administratives :

> *En fait, notre vraiment gros, gros, gros problème et qu'on n'arrive pas à régler, c'est la domiciliation. Il n'y a pas de possibilité de domiciliation pour permettre l'ouverture de droits, il manque que ça : une adresse [...] les CCAS ne jouent absolument pas le jeu de domicilier les gens. On a fait passer le message à tout le monde depuis des mois, on n'arrive pas à domicilier les gens.*
> **(professionnel·le de PMI)**

Pour les familles sans protection maladie, les services de PMI constituent un point d'entrée important, voire un des seuls points d'entrée inconditionnel aux soins, notamment pour le suivi des enfants :

> *Il y en a quelques-un·es qui n'ont pas de couverture sociale. Donc au démarrage, c'est vrai que ça leur permet d'avoir accès à un suivi pour leurs enfants.*
> **(professionnel·le de PMI)**

Si, en droit, les enfants mineur·es devraient pouvoir bénéficier d'une affiliation à l'Assurance maladie, quelle que soit la situation administrative de leurs parents, les professionnel·les rencontré·es soulignent l'existence de difficultés à l'ouverture de ces droits à une protection maladie pour les enfants. L'obtention des traitements prescrits constitue une difficulté récurrente pour les familles sans couverture maladie effective. Il faut aussi souligner que le panier de soins pour les bénéficiaires de l'AME est plus restrictif pour la PUMa et la C2S[51] :

> *La difficulté, [c'est l'accès aux] traitements quand il n'y a pas de couverture sociale [...] En théorie, les enfants, devraient être affiliés directement à la sécurité sociale quel que soit le statut de leurs parents ou alors à l'AME. Donc normalement en droit, il ne devrait pas y avoir de problème d'accès aux médicaments pour les enfants. Mais en pratique, c'est difficile. Il y a souvent un délai d'un mois entre le moment de la naissance et le moment où le bébé apparaîtra sur la carte des parents, que ce soit à l'AME ou la C2S. Et sur ce temps-là, effectivement, [il peut y avoir des difficultés pour l'accès aux traitements].*
> **(professionnel·le de PMI)**

UNE INSTABILITÉ RÉSIDENTIELLE AUX CONSÉQUENCES IMPORTANTES SUR LA SANTÉ ET LE SUIVI DES FAMILLES

La précarité administrative (droit au séjour, demande d'asile) et **la précarité résidentielle peuvent être liées**. Ces combinaisons de difficultés génèrent une forte charge mentale pour les familles et compliquent les possibilités d'accompagnement :

> *La principale difficulté, c'est la précarité [du] logement [et] la précarité administrative des familles, ce qui fait qu'on a du mal à se recentrer sur la santé, que ce soit la santé des parents [ou] des enfants. [...] ça leur prend beaucoup de charge mentale et donc forcément la répercussion sur la santé des enfants est importante.*
> **(professionnel·le de PMI)**

Les parcours longs et éprouvants s'accompagnent aussi de situations d'errance et d'instabilité, lorsque les personnes sont déplacées. Les professionnel·les des PMI, comme celles et ceux des PASS, observent l'impact sur les possibilités d'accompagnement et de suivi :

> *La difficulté qu'on a, notamment avec le CADA, c'est la temporalité, avec des personnes qui peuvent rester [ou] peuvent partir à n'importe quel moment, [...] Inscrire dans la durée, l'accompagnement, des fois c'est difficile parce que du jour au lendemain, les personnes peuvent aller sur un autre département. [...] Ce qui relève d'une obligation administrative d'après ce que j'ai compris [dans le cadre d'une demande d'asile], mais qui [pour] nous au niveau de la prise en charge est très difficile.*
> **(professionnel·le de PMI)**

50 Pour plus de détails, voir le rapport de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins 2025 de Médecins du Monde : https://www.medecinsdumonde.org/statement/rapport-2025-de-lobservatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins/
51 Pour plus de détails, voir le rapport de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins 2025 de Médecins du Monde : https://www.medecinsdumonde.org/statement/rapport-2025-de-lobservatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins/

Les problématiques de logement occupent une place importante parmi les situations rencontrées. Un·e professionnel·le mentionne qu'en 2024, 27 % des enfants suivi·es étaient concerné·es par une situation de précarité résidentielle. Or **l'instabilité résidentielle a des répercussions importantes sur la santé des familles et complique les possibilités d'accompagnement et de suivi sanitaire et médico-social**. Dans ce contexte, certain·es professionnel·les cherchent néanmoins à constituer un « lieu repère » pour les familles, afin de maintenir une forme de continuité en dépit des changements fréquents d'hébergements :

> *C'est des familles qui peuvent être en errance, qui peuvent avoir souvent des changements d'hôtel, ou le lieu de logement n'est pas « fixe » ça peut changer, et donc du coup ça ne permet pas que les enfants soient suivis dans un lieu repère, le temps qu'ils trouvent une domiciliation un peu plus fixe, un peu plus stable.*
> **(professionnel·le de PMI)**

> *Si les familles ne résident pas sur le territoire mais souhaitent consulter à l'espace accueil PMI, il peut y avoir un relais avec les équipes du secteur, ainsi que des visites à domicile ou à l'hôtel. L'espace accueil PMI est un espace de santé dédié au suivi PMI. C'est un lieu distinct des [maisons des solidarités] : il n'y a pas de service social ni d'accueil généraliste, uniquement des professionnels de PMI. Les enfants suivis dans ce lieu sont souvent orientés par des partenaires tels que [nom de l'association] ou la PASS. Il s'agit fréquemment de familles en situation d'errance ou ayant des conditions d'hébergement instables, avec des changements réguliers de lieu de résidence […]. L'espace accueil PMI constitue alors un lieu repère permettant d'assurer la continuité du suivi jusqu'à ce que la situation se stabilise. Lorsque les familles disposent d'un logement plus pérenne, un suivi sur le secteur peut être proposé. Toutefois, elles peuvent continuer à être suivies à l'espace accueil PMI si elles le souhaitent. Il n'y a pas d'obligation de réorientation. Ce lieu accueille des familles provenant de différents territoires […]. Son intérêt repose notamment sur sa position centrale et sa facilité d'accès en transports en commun, ce qui le rend facilement identifiable pour les familles orientées par les partenaires.*
> **(professionnel·le de PMI)**

Dans l'ensemble, les professionnel·les décrivent une situation qui se dégrade avec **des solutions de plus en plus limitées pour les familles à mesure que les parcours administratifs se prolongent** :

> *Ça devient de plus en plus compliqué. Il y a toujours des mises à l'abri pour les mères isolées avec enfants de moins de 3 ans. […] Et après quand l'enfant [atteint 3 ans] […] il n'y a pas beaucoup de solutions, voire quasi pas. Et en ce moment, on y est de plus en plus confronté : ça peut être des mises à la rue ou alors il faut qu'elles trouvent des personnes qui puissent les héberger.*
> **(professionnel·le de PMI)**

Les professionnel·les interviewé·es se retrouvent souvent dans des situations particulièrement dramatiques, impliquant des enfants ou des nourrissons. Ils et elles décrivent leur fort sentiment d'impuissance face à l'impossibilité de pouvoir trouver ou orienter vers des acteur·rices ayant des solutions pour ces familles :

> *Au niveau humain, c'est vrai que c'est inacceptable de mettre une maman avec son enfant, même s'il a trois ans, dehors, quelle que soit la saison.*
> **(professionnel·le de PMI)**

> *Il y a quelques temps, on était confronté à des sorties de maternité de bébés à la rue. Quand on demande en consultation : « où est-ce que vous habitez ? » Et puis on nous dit « à la rue ». […] on essaie de chercher s'il y a un moyen [de trouver une solution]. il n'y a pas trop de solution, il y a un manque de place je pense […] Nous, on est face aux personnes et parfois oui, c'est quand même assez douloureux et très insatisfaisant.*
> **(professionnel·le de PMI)**

Selon le code de l'action sociale et des familles (articles L. 345-2-2 et L. 345-2-3 du CASF), l'État est en principe responsable de l'hébergement d'urgence de toute personne sans abri se trouvant en situation de détresse médicale, psychique ou sociale. Cette compétence de principe a été réaffirmée par le Conseil d'État dans plusieurs décisions du 13 juillet 2016, qui ont clarifié la répartition des responsabilités entre l'État et les départements. Le Conseil d'État a notamment rappelé que le département demeure compétent, au titre de l'aide sociale à l'enfance, pour l'accompagnement et l'hébergement des « femmes enceintes ainsi que des mères isolées avec leurs enfants de moins de trois ans qui ont besoin d'un soutien matériel et psychologique », notamment parce qu'elles sont sans domicile, conformément à l'article L. 222-5 du CASF.[52]

Or, la plupart des professionnel·les rencontré·es soulignent les difficultés concrètes résultant de cette répartition des compétences : dans plusieurs territoires, les départements assurent effectivement l'hébergement des femmes enceintes et des mères isolées avec un·e enfant de moins de trois ans.

52 Toutefois, selon le baromètre de l'Unicef, dans la nuit du 18 au 19 août 2026, au moins 2 355 enfants ont dormi dehors (*UNICEF 2026*).

Mais à l'issue de cette prise en charge au titre de l'ASE, le relais attendu de l'État n'est souvent pas assuré. Dans un contexte de diminution importante des capacités d'hébergement d'urgence, de nombreuses familles se retrouvent alors sans solution d'hébergement, voire à la rue, malgré la persistance de situations de grande vulnérabilité.

Les professionnel·les de PMI interrogé·es apparaissent ainsi confronté·es à une double réalité : d'une part, les limites du champ d'intervention du département, d'autre part, les effets des défaillances de l'État dans la mise en œuvre du droit à l'hébergement d'urgence. Cette situation les place régulièrement face à des familles particulièrement éprouvées, dont les besoins de protection et de stabilité résidentielle demeurent pourtant manifestes :

> *Pour ces familles [sans hébergement stable], […] Pour le département, on a une seule obligation, c'est l'hébergement des femmes enceintes seules à la rue, soit enceintes, soit avec enfants de moins de 3 ans. Donc effectivement, […] dès que on est au-delà des 3 ans, ça n'est plus la compétence du département.*
> **(professionnel·le de PMI)**

La stabilité du logement constitue une condition essentielle du développement psychomoteur de l'enfant. Cet enjeu n'est pas suffisamment pris en compte selon ce·tte professionnel·le qui plaide pour **que les besoins de l'enfant soient davantage considérés dans les politiques publiques et décisions d'hébergement et de logement :**

> *Je trouve que prendre en compte la stabilité d'un logement, dans le cadre du développement psychomoteur d'un enfant, ce n'est pas assez mis en avant. Le contexte politique et économique actuel fait que il n'y a pas de logement pour tout le monde, même quand y a pas de droit c'est la compétence État, mais après je pense qu'on oublie le prisme de l'enfant qui est là, même ceux de plus de 3 ans puisque les moins de 3 ans ils sont mis en sécurité (…). Et des fois, elles peuvent se retrouver à la rue le temps de trouver un hôtel. Et ça, c'est quelque chose d'assez… C'est très difficile pour l'équipe et je pense que ce prisme-là de la stabilité de logement dans le cadre d'un développement psychomoteur optimal pour l'enfant n'est peut-être pas, je ne sais pas, mis en avant En tout cas malheureusement il n'entre pas en compte quand il faut trouver un hôtel parce que je sais très bien que l'équipe du 115 ils font ce qu'ils peuvent avec les moyens qu'ils ont, mais au niveau politique, quoi…*
> **(professionnel·le de PMI)**

MANQUE DE STRUCTURES D'ACCUEIL DE JOUR DES JEUNES ENFANTS

La plupart des professionnel·les soulignent **l'importance et le manque de structures d'accueil de jour, de lieux d'accueil collectif de jeunes enfants, ou de lieux d'accueil parents-enfants, de ludothèques ou encore de centres sociaux**. Ces espaces sont essentiels pour proposer des activités stimulantes aux enfants vivant dans des conditions très difficiles dans de petites chambres d'hôtel plusieurs années de leur vie. Ils permettent également de soutenir la parentalité au sein de familles souvent absorbées par mille préoccupations vitales :

> *[On les reçoit] ici sur la PMI, ou on peut faire des accompagnements aussi vers des lieux d'accueil enfants-parents qui sont des lieux gratuits, et […] permettent aux familles et aux enfants d'avoir un espace de jeux avec […] des professionnels de la petite enfance. […] On essaie vraiment de les accompagner vers ces endroits-là qui sont accessibles. […] il y a des ludothèques et des centres sociaux aussi avec qui on travaille pour permettre aux enfants d'avoir des activités, une petite ouverture sur le monde, sur l'éveil, autre que de rester dans une chambre d'hôtel. […] On insiste énormément sur toutes ces familles qui sont à l'hôtel quand même, parce qu'on se rend compte avec le temps que beaucoup d'enfants qui y passent du temps, des fois les 3 premières années de leur vie, il y en a pas mal qui présentent des troubles du langage et parfois d'autres troubles, dans les interactions on voit qu'il y en a de plus en plus.*
> **(professionnel·le de PMI)**

Ce·tte professionnel·le décrit le peu de solutions qu'il ou elle peut proposer aux familles très démunies, notamment lorsqu'elles sont à la rue ou vivant dans des chambres d'hôtels très petites. Au-delà du manque de logement, cette personne souligne le manque de solutions d'accueil pour les jeunes enfants en journée alors même que ces espaces sont jugés essentiels à leur développement et au soutien à la parentalité :

> *Ils aimeraient avoir une place en classe, une garde, quelle qu'elle soit […]. Ils sont dans des hôtels, vraiment pas en bon état, et très petits, avec une grande promiscuité. Je pense qu'une crèche ne peut être que bénéfique à un enfant pour son développement. […] Il n'y a plus de financement pour les crèches. Donc ça devient compliqué de soutenir la parentalité quand on a peu de choses à proposer pour les enfants de moins de 3 ans.*
> **(professionnel·le de PMI)**

SOUFFRANCE, ENGAGEMENT, INVENTIVITÉ DES PROFESSIONNEL·LES DE PMI

Le manque de moyens financiers et de ressources humaines est abordé par tous·tes les professionnel·les interviewé·es, qu'il s'agisse d'un nombre de postes insuffisants au regard de l'ampleur des besoins, de difficultés de recrutement, notamment de médecins, de non-remplacement de congés maternité ou maladie…

Ce manque de moyens, peut conduire à une dégradation perçue des conditions de travail et de la qualité de suivi des familles, les professionnel·les disposant de moins de temps pour les accompagner. Il peut également les conduire à recentrer l'action et les moyens disponibles sur les familles les plus vulnérables :

> *[Les plus grandes difficultés :] un manque de moyens […] pas assez de temps pour accompagner de manière satisfaisante ces familles ou ces femmes parce qu'arrive toujours une autre situation par-dessus […] ça nous arrive quand même assez souvent de prioriser ce qu'on a à faire. […] On ne peut pas faire cet appel téléphonique à une maman ou à une famille pour savoir comment ça va, comment ça s'est passé, est-ce qu'ils ont pu aller au rendez-vous ? Est-ce qu'on peut aller les voir ? […] des fois le suivi il est un peu espacé, on les perd un peu et c'est vrai que c'est frustrant et c'est insatisfaisant.*
> **(professionnel·le de PMI)**

> *On n'est que trois. Il faudrait au moins une équipe de plus pour couvrir tous les besoins. Il y a des besoins. Énormément de besoins.*
> **(professionnel·le de PMI)**

Cette professionnel·le explique **comment** l'instabilité contrainte des lieux d'hébergement ou de vie temporaire, notamment dans le cadre de la demande d'asile, est également **difficile à vivre et éprouvant pour les professionnel·les**, qui établissent des liens avec les personnes :

> *Même pour les professionnels, s'investir et puis du jour au lendemain, se rendre compte que la personne n'est plus là, c'est encore plus difficile sachant qu'on ne sait pas où elle va. On a du mal à faire le lien, ou [à poursuivre] quelque chose qui était entamé. Ça aussi c'est difficile.*
> **(professionnel·le de PMI)**

Comme évoqué plus haut, plusieurs professionnel·les interviewé·es disent **souffrir de leur impuissance face à ces situations objectivement inhumaines. Ils et elles sont bien malgré eux et elles, les témoins voire les messager·es de cette maltraitance institutionnalisée.** Une professionnel·le souligne d'ailleurs la nécessité de soutenir ses équipes par exemple lorsqu'elles sont confrontées aux nombreux cas de femmes et d'enfants remis·es à la rue après les trois ans du dernier enfant :

> *Il y a un système d'alerte pour dire qu'il va y avoir une fin de prise en charge [à l'hôtel], mais ce n'est pas évident de faire ces entretiens pour dire : « voilà quel jour-là, votre enfant a trois ans, vous faites vos bagages et vous sortez ».*
> **(professionnel·le de PMI)**

> *Ça peut parfois mettre les professionnels en difficulté quand il faut [accompagner la] sortie du dispositif. Comment on accompagne cette personne en se disant qu'elle va être à la rue ? […] On a besoin de soutenir et d'accompagner les professionnels […] humainement, c'est compliqué.*
> **(professionnel·le de PMI)**

Face à ces situations, la nécessité de l'échange et le soutien au sein des équipes sont soulignés. Les professionnel·les interviewé·es décrivent également une forte éthique professionnelle se traduisant par une attention particulière portée à la continuité des accompagnements et à la prévention des ruptures de soins :

> *Je les accompagne pendant toute la grossesse de loin parce qu'elles sont suivies à l'hôpital, donc je ne fais plus de consultation en soi, mais je passe quand même sur le terrain pour vérifier les examens, les rendez-vous donnés. J'ai connaissance des prochains rendez-vous donc je suis capable de voir si elles vont bien y aller et que le suivi se fasse quand même. C'est important pour nous, que ce suivi soit à peu près rigoureux pour éviter les complications, pour éviter les perdues de vue et les ruptures de soins. La rupture peut intervenir […] mais ça ne sera pas du fait de ne pas avoir suivi la patiente.*
> **(professionnel·le de PMI)**

Les entretiens mettent également en évidence **une forte éthique professionnelle, marquée à la fois par le souci de maintenir les suivis engagés, d'éviter les complications, les pertes de vue et les ruptures de soins mais aussi de ne « *pas épuiser ceux qui restent* » dans un contexte de ressources humaines contraintes :**

> *Il n'y a plus de remplacement maintenant. […] les finances du département sont compliquées. Avant on avait la chance de pouvoir remplacer les congés maternité, de pouvoir remplacer les longues maladies. […] quand il manque une professionnelle, ça se répercute sur les autres, mais tout en ayant la vigilance non plus de pas épuiser ceux qui restent. Donc c'est pour ça qu'on travaillait avec les PASS, pour les prévenir quand nous on rencontre des difficultés. Si ça s'améliore, on leur dit aussi.*
> **(professionnel·le de PMI)**

Les résultats de l'enquête mettent en évidence le rôle central des services de PMI dans la prévention, le repérage des vulnérabilités et l'accompagnement des femmes, des enfants et des familles. Ils montrent également l'importance croissante que les situations de précarité administrative, résidentielle et sociale prennent dans l'activité des équipes. Au fil des entretiens apparaît finalement une tension croissante entre la mission d'universalité des PMI, leur manque de moyens, et le développement de formes d'ultra-précarité notamment chez les personnes étrangères précaires. Pourtant le modèle des PMI est tout à fait adapté pour répondre à ces besoins, ainsi qu'à la lutte contre les inégalités de santé croissantes, qui traversent toute la société. Les professionnel·les rencontré·es, s'ils et elles sont au cœur de ces tensions, semblent tout mettre en œuvre pour y répondre.

À MAYOTTE, LA PMI EN PREMIÈRE LIGNE POUR RÉDUIRE LES INÉGALITÉS DE SANTÉ MATERNO-INFANTILE

Forte natalité, fortes vulnérabilités

Plus grande maternité d'Europe, Mayotte accueille en moyenne 10 000 naissances par an depuis 2021[53]. Les indicateurs de la périnatalité traduisent une situation préoccupante, avec un niveau de mortalité et morbidité materno-infantile important plus élevé qu'en Hexagone : 11 % de prématurité[54] contre 5,2 % en Hexagone[55] ; taux de mortalité néonatale de 5,6 pour 1 000 contre 4,1 pour 1 000 en Hexagone[56] ; 6,5 % de taux d'hémorragie du postpartum parmi les accouchements par voie basse en maternité contre 5,8 % en Hexagone[57]. L'offre en santé sexuelle et reproductive est limitée sur le territoire, concentrée à Mamoudzou et insuffisante pour couvrir les besoins réels de la population. Dans ce contexte, les 17 PMI réparties sur le territoire et intervenant en lieu fixe et parfois en mobile, constituent un pilier essentiel pour l'accès de proximité à la contraception, au suivi de grossesse, et aux soins pour les enfants.

Les enjeux de santé et de droits sexuels et reproductifs doivent être envisagés en tenant compte du contexte socio-culturel du territoire : à Mayotte, certaines pratiques et discours institutionnels - y compris de certain·es soignant·es, autorités, médias - s'inscrivent dans des logiques de contrôle des corps et de la natalité, teintées de racisme et de xénophobie. Sur le terrain, MdM observe par exemple, que la pose d'implant contraceptif avant la sortie de la maternité est favorisée et est largement répandue sur le territoire, parfois dans des conditions où les femmes disposent d'informations partielles. Les effets secondaires non anticipés (dont des saignements parfois continus) nourrissent ensuite une défiance des populations envers les moyens de planification familiale disponibles, expliquant pour une partie le taux d'échec de l'utilisation de contraceptifs (46 % contre 23 % en Hexagone)[58]. Bien que l'on retrouve des constats similaires dans d'autres territoires en France hexagonale et outre-mer, ils sont à Mayotte particulièrement prégnants.

Les PMI, portes d'entrée vers la prévention et le soin

Dans le cadre d'un partenariat, Médecins du Monde a pu renforcer ses liens avec la PMI en proposant des consultations en aller-vers. Sur le terrain, nous constatons combien les équipes, les médiateur·rices (éducatrices en santé et agentes d'accueil sensibilisées et pro-actives) font des PMI un point d'ancrage essentiel pour protéger la santé sexuelle et reproductive des personnes, notamment les plus éloignées de la prévention et du soin.

Les PMI représentent des espaces de soins de proximité, accessibles. Les consultations y sont gratuites, sans condition de ressources, de lieu de résidence, de situation administrative des personnes ni d'affiliation à la sécurité sociale. Pour de nombreuses personnes rencontrées par MdM, la PMI est souvent **le seul lieu de soins** où elles peuvent bénéficier d'un suivi des grossesses, d'un dépistage (cancer du col de l'utérus, IST) ou d'un examen gynécologique - services qui restent rares ailleurs sur l'île.

Les missions de la PMI à Mayotte évoluent progressivement pour toujours mieux répondre aux besoins, comme l'illustre le développement d'une offre d'IVG médicamenteuse depuis décembre 2025. Les PMI jouent également un rôle crucial dans l'identification des situations de violences – une question systématiquement abordée - et l'orientation pour prise en charge

53 Insee, Naissances domiciliées à Mayotte, https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001740417. À titre de comparaison, la maternité de Pellegrin à Bordeaux est la seconde maternité de France avec plus de 5 600 naissances enregistrées en 2024. Bordeaux Métropole (28 communes) compte 843 000 habitant·es, la ville de Bordeaux 272 000 et Mayotte compte officiellement 329 000 habitant·es.
54 Chef de service pédiatrie du CHM, Présentation lors des journées périnatales 2025.
55 DRESS.
56 Insee.
57 Panel 2021des indicateurs de santé périnatale à Mayotte, 6e édition https://www.mayotte.ars.sante.fr/media/111602/download
58 Panorama statistique de la Santé à Mayotte 2024 https://www.mayotte.ars.sante.fr/media/126308/download?inline

en cas de besoin. C'est essentiel sur un territoire où les structures d'accompagnement restent très limitées.

Des structures fragilisées
La PMI reste affectée par les défis structurels fréquents à Mayotte : le manque constant de ressources humaines, l'instabilité due aux renouvellements des équipes soignantes, une méconnaissance du contexte par les acteur·rices nouveaux·elles arrivant·es, le manque de médiation en santé et une qualité de l'accueil et des soins variable selon les sites et les équipes.

La présence récurrente de forces de l'ordre aux abords des PMI constitue un obstacle majeur pour les personnes en situation administrative irrégulière, qui renoncent alors à se rendre à des consultations pourtant essentielles. Ces éléments menacent la capacité de la PMI à jouer pleinement son rôle pourtant indispensable dans le paysage sanitaire mahorais.

Renforcer les réponses de proximité
À Mayotte, les besoins en santé sexuelle et reproductive sont considérables et nécessitent des moyens renforcés, pérennes et adaptés aux spécificités du territoire. La PMI demeure l'une des rares structures de proximité institutionnelles à adopter une approche globale des droits et santé sexuels et reproductifs - et représente, pour beaucoup de femmes, d'enfants, de parents rencontré·es par MdM, l'unique porte d'entrée vers ces soins essentiels.

Elle a un enjeu encore plus grand à renforcer ses liens avec la population à travers des actions d'aller-vers et de médiation en santé, pour permettre l'accès aux soins. Pour Médecins du Monde comme pour les personnes rencontrées, la PMI doit être un espace protégé, accessible et inconditionnel : un lieu sanctuarisé, comme tout lieu de soins, où les droits, la santé, et la dignité des personnes priment sur les logiques de contrôle ou de suspicion.

À MAYOTTE, UNE GRANDE PARTIE DES FEMMES QUI VIENNENT EN PMI ONT TRÈS PEUR DE SE DÉPLACER. C'EST À NOUS D'ALLER AU PLUS PROCHE D'ELLES

Propos recueillis par Médecins du Monde dans le cadre du rapport de l'Observatoire 2026 lors d'un entretien avec une sage-femme coordinatrice à la PMI de Mayotte. Il porte sur une partie des missions portées par la Direction de la Protection maternelle et infantile et Prévention de la santé (PMIPS) qui rassemble cinq grands services : la PMI enfants, la PMI Femmes, le Bureau Petite enfance ou Cellule agrément, le Service d'éducation et de prévention santé, et la pharmacie – qui contribuent aussi à l'accès aux soins et à la réduction des inégalités de santé.

À Mayotte, les centres de PMI jouent un rôle déterminant dans l'accès aux soins, notamment pour les femmes enceintes et les jeunes enfants qui y trouvent un point d'entrée dans le système de santé. Depuis le cyclone Chido, en décembre 2024, ces structures doivent composer avec des contraintes additionnelles : des bâtiments endommagés, un manque de personnel et des coupures fréquentes des réseaux d'eau, d'électricité et de réseau internet.

En tant que sage-femme coordinatrice à Mayotte, comment se font les prises en charge à la PMI ?
Nous avons plusieurs PMI réparties sur tout le territoire, grande terre et petite terre pour essayer de couvrir un maximum de territoires. Dans chaque PMI il y a un volet enfant, accompagné d'infirmières et de médecins qui suivent les enfants de 0 à 6 ans, notamment pour les vaccinations ainsi, qu'un volet femme, encadré par des sage-femmes, des conseillères conjugales et familiales, et une psychologue. Ces deux volets sont très liés étant donné que nous suivons des femmes enceintes qui accoucheront d'un enfant qui sera ensuite suivi côté pédiatrique. En PMI, on possède plusieurs types de consultation, on possède d'un côté une partie dédiée aux grossesses avec des consultations prénatales ou postnatales, et de l'autre côté des consultations gynécologiques et contraceptives, dépistage cancer du col, dépistage cancer du sein, et également des consultations pré et post IVG, et depuis peu des consultations d'IVG médicamenteuses dans certaines PMI, là où nos personnel·les sont formé·es. Nous avons aussi une attention accordée aux missions de sensibilisation et de promotion de la santé, qui reste toutefois difficile à mettre en place à grande échelle, étant donné le manque de sage-femmes, et la forte demande de consultations.

Il faut savoir qu'en complément de ces structures fixes, nous disposons de camions mobiles que l'on mobilise sur toute l'île. Nous avons aussi 4 camions mobiles, reçus juste avant Chido, dont un a été directement impacté par Chido et demeure toujours en réparation

mais devrait bientôt être remis en service. [De façon générale on les utilise plus pour le coté enfant car pour les consultations de grossesse c'est plus lourd à organiser, il nous faut l'appareil d'échographie.] On les utilise quand on a des évènements, par exemple la semaine de la santé sexuelle ou de la contraception, à des événements organisés par des associations, par exemple pour faire du dépistage du cancer du sein, du cancer du col. Ou encore pour faire des consultations pour vacciner des enfants dans certaines villes où on sait qu'on a du mal à faire venir les enfants, dans des zones éloignées géographiquement.

Mais ces derniers mois l'utilisation de nos camions a plutôt été pour faire face à des problèmes bâtimentaires ; on a malheureusement beaucoup de PMI qui ont été endommagées par Chido, voire certaines fermées et les travaux mettent du temps à se faire. Certaines PMI continuent à fermer leurs portes et pour pallier cela on a mis en place les camions, de façon fixe pour que la population ait accès. Mais là, actuellement, les trois camions sont à l'arrêt, le temps qu'ils soient aménagés pour faire des consultations dans des conditions suffisamment bonnes – dont la climatisation.

Quelles autres difficultés rencontrez-vous ?

Je dirais qu'en ce moment, pour nous les sages-femmes, les plus grandes difficultés sont surtout au niveau bâtimentaire, du réseau d'eau, du réseau électrique et du réseau internet. Les problèmes d'électricité, ce n'est pas évident. Sans clim il fait chaud… Pour l'eau, les écoles, les centres de soins sont censés être équipés, on est censé ne jamais être coupés, mais en fait si. Le directeur a fait installer dans toutes les PMI des cuves, donc des énormes réserves d'eau, avec des pompes, pour assurer l'eau dans les PMI, mais certaines ne fonctionnent pas, alors on a des gros bidons. C'est sûr que ce n'est pas facile de travailler comme ça.

Déjà, on a des journées très remplies, beaucoup de personnes à voir. On est très « timées » dans notre journée. Et le fait de perdre du temps, enfin entre guillemets, parce que d'un coup on n'a plus d'eau, plus accès à internet, aux réseaux, donc on n'a plus d'électricité… Cela peut vraiment compliquer l'organisation. Par exemple, la consultation que l'on était en train de faire sur l'ordinateur, on peut la perdre…. Depuis Chido, l'électricité peut sauter plusieurs fois, ce qui nous pose évidemment des problèmes ensuite pour accéder à notre logiciel, pour pouvoir faire des échographies, ou utiliser le logiciel sur lequel on est censé·es travailler. Et ça je dirais c'est vraiment compliqué. La saison des pluies est en train de se terminer, on a eu des infiltrations d'eau… On traverse à la PMI des moments pas faciles en ce moment. Et de manière générale sur toute l'île de Mayotte… En tout cas ça se ressent post-Chido.

Vous avez évoqué plusieurs enjeux d'accessibilité. Pourriez-vous revenir plus précisément sur les autres difficultés que rencontrent les patientes pour accéder aux soins, depuis la prise de rendez-vous jusqu'à la consultation ?

La difficulté globale qu'on rencontre sur le territoire de Mayotte, c'est que la grande majorité des personnes qui viennent en consultation dans les centres de PMI sont des personnes non affiliées à la sécurité sociale, souvent en situation irrégulière. Elles ont très peur de se déplacer d'un endroit à un autre, notamment par crainte d'être contrôlées par la PAF (Police aux Frontières) et reconduites vers les Comores. Du coup, les populations sont assez peu mobiles, parce qu'il y a vraiment cette peur, et c'est à nous d'aller au plus proche d'elles ; c'est le même constat qu'on fait avec toutes les associations qui font beaucoup d'aller vers, parce qu'on sait que c'est difficile de faire venir la population vers nous. Mais ce n'est pas toujours évident. De plus, une consultation de gynécologie, aujourd'hui, coûte environ 20 euros. Pour les patientes qui n'ont pas la sécurité sociale elles ne vont pas forcément vouloir payer 20 euros pour venir consulter[59]. Ce sont des difficultés qu'on rencontre régulièrement. Malgré tout, on accueille toutes les femmes qui se présentent à la PMI, quel que soit le motif de rendez-vous, que ce soit pour une grossesse ou de la contraception.

Une difficulté aussi, c'est que dans les PMI en général quand on donne un rendez-vous on ne donne pas d'heure de rendez-vous ; c'est super contraignant, il faut attendre 7h en salle d'attente… On entend que la plupart des patientes ont peur de se faire arrêter sur la route, et donc partent très tôt le matin pour diminuer le risque de se faire arrêter. Je suis complètement d'accord, ça peut arriver. Mais quand on travaille c'est super contraignant. On essaye de proposer aussi des heures de rendez-vous.

Une autre difficulté, c'est le manque de sage-femmes. Les délais d'attente peuvent être très longs pour obtenir un rendez-vous en PMI, parfois d'un à deux mois et cela entraîne aussi des conséquences en matière de contraception, une femme peut attendre un ou deux mois avant d'être reçue par une sage-femme pour la mise en place d'un moyen contraceptif. Par ailleurs, on observe aussi une ouverture d'esprit de plus en

59 À Mayotte, l'absence d'Aide médicale d'État (AME) constitue un frein majeur à l'accès aux soins pour les personnes en situation irrégulière. Ici, contrairement au reste du territoire national, aucune protection maladie n'est prévue pour celles et ceux qui en auraient pourtant le plus besoin. Pour une simple consultation dans un dispensaire, il faut débourser 10 euros – à l'exception des enfants et des femmes enceintes. L'accès à un spécialiste peut effectivement coûter jusqu'à 25 euros, et 30 euros sont exigés aux urgences. Ces montants sont inaccessibles pour une large partie de la population que nous accompagnons.

plus importante, mais il existe encore des manques de connaissances sur les différents moyens contraceptifs et leur utilisation. On essaye bien sûr d'expliquer et d'accompagner, mais la barrière de la langue complique parfois les choses, même avec des traductrices, il n'est pas toujours évident de savoir si la patiente a bien compris.

Comment s'articulent aujourd'hui les contraintes liées au sous-effectif médical avec l'augmentation de la demande de soins ?

On est tellement sollicitées pour les consultations, il y a tellement de patientes et pas suffisamment de personnel, que l'on est obligées de se concentrer avant tout sur les consultations. Mais aujourd'hui, les difficultés qu'on rencontre aussi, ce sont des difficultés en ressources humaines. On rencontre un fort turn-over des professionnel·les de santé à Mayotte, que ce soit au sein des sage-femmes ou des infirmier·es, et on fait aussi face à des difficultés de recrutement de sage-femmes, notamment en période estivale. Beaucoup de sage-femmes ne reconduisent pas leur contrat et quittent Mayotte pour retourner dans l'Hexagone. Du coup, on se retrouve, comme cet été, avec un faible effectif, alors même qu'on ouvre de nouveaux lieux de consultation. Donc ce n'est pas toujours évident à gérer. Mais j'ai bon espoir qu'on puisse recruter de nouvelles sage-femmes prochainement. En tant que sage-femme, dans un contexte où parle de « la plus grosse maternité de France » ici à Mayotte, il n'y a pas d'école de sage-femmes. Il faut aller obligatoirement à la Réunion ou dans l'hexagone. Il ne serait pas de trop d'ouvrir une école de sage-femmes.

CHAPITRE 4

FACTEURS FACILITANTS DU RECOURS AUX SOINS

FACTEURS FACILITANTS DU RECOURS AUX SOINS

LES POINTS ESSENTIELS

- L'accès effectif aux soins repose autant sur **l'accompagnement, la coordination et la qualité des relations que sur l'existence d'une offre de soins suffisante ou l'ouverture des droits.**
- **L'adaptation des dispositifs de santé aux réalités vécues par les personnes** (aller-vers, équipes mobiles, proximité géographique, équipes pluridisciplinaires médico-psycho-sociales, premier accueil inconditionnel et accueillant, regroupement des démarches, unité de lieu et de temps…) constitue un levier majeur du recours aux soins.
- Les résultats confirment le rôle clé de la **médiation en santé** pour recréer le lien avec les personnes éloignées des soins, faciliter les parcours et renforcer la coordination entre acteur·rices ; une démarche qui gagnerait à être **davantage développée au regard des besoins observés** même si elle ne peut pallier l'ensemble des carences du système de santé.
- **La confiance, fondée sur le respect, l'écoute, la bienveillance et la compréhension mutuelle, apparaît comme une condition essentielle de l'engagement et du maintien dans les parcours de soins.**
- **La continuité des soins repose sur un travail collectif associant personnes concernées, professionnel·les de santé, associations, médiateur·rices et institutions,** dont la coopération permet de prévenir les ruptures de parcours.
- **L'articulation entre les PASS, les associations et les structures de droit commun constitue un levier majeur de continuité des soins et de prévention des ruptures de parcours.**

L'analyse des entretiens conduits auprès des personnes concernées et des professionnel·les des PASS, des structures hospitalières, des PMI et des associations met en évidence que le recours aux soins ne dépend pas uniquement de l'existence d'une offre de santé ou de l'ouverture de droits. Il repose également sur un ensemble de conditions relationnelles, organisationnelles et institutionnelles qui permettent aux personnes de s'engager dans un parcours de soins et de s'y maintenir.

En dehors des déterminants socio-économiques de santé absolument majeurs que sont l'accès à une protection maladie, à un titre de séjour, à un hébergement stable ou un logement digne, plusieurs facteurs et certaines pratiques apparaissent comme déterminants : la qualité de l'accueil, la relation de confiance avec les soignant·es, l'accompagnement dans les démarches administratives, le soutien apporté par des associations et la coopération entre les différent·es acteur·rices intervenant autour des personnes. Cette section examine ainsi les principaux leviers identifiés comme susceptibles de faciliter l'accès aux soins, de renforcer la continuité des parcours de soins et de prévenir les situations de renoncement.

ADAPTER L'OFFRE DE SOINS AUX PERSONNES

Les entretiens montrent que l'accès aux soins est favorisé lorsque les structures et les professionnel·les parviennent à adapter leur fonctionnement aux contraintes concrètes rencontrées par les personnes. Cette adaptabilité concerne à la fois la proximité des dispositifs, les modalités d'accueil, l'organisation des prises en charge et les ressources que les professionnel·les parviennent à mobiliser pour faire face à des situations souvent complexes.

LA PROXIMITÉ DES STRUCTURES ET LES DÉMARCHES « D'ALLER VERS » LES PERSONNES

La proximité géographique entre les lieux de vie des personnes et les structures de soins constitue un premier facteur favorisant le recours aux soins. Faciliter le repérage des dispositifs tels que les hôpitaux, les PASS ou les PMI, contribue à réduire certains obstacles matériels liés aux déplacements. Toutefois si certaines personnes identifient leur existence, elles ne disposent pas toujours des informations nécessaires pour comprendre les services auxquels elles peuvent prétendre ou les conditions auxquelles elles peuvent accéder :

> *Oui, je savais, je savais que ça existait parce que moi mon squat était juste à côté de l'hôpital donc je savais qu'il y avait consultation PASS sans savoir ce que c'était réellement, mais je savais qu'il y avait un truc pour les SDF là-bas.*
> **(homme ayant renoncé aux soins)**

> *J'ai quand même une liste de sages-femmes avec qui je travaille. Moi je ne travaille pas avec tout le monde parce qu'il faut que ça soit proche du camp, il faut que ça soit accessible, et cætera. […]. Et c'est souvent en fonction de la proximité avec le camp ou pas. Parce que l'objectif c'est quand même que les femmes s'autonomisent. Donc moi je favorise l'autonomisation des patientes.*
> **(professionnel·le de PMI)**

La présence d'équipes mobiles au sein des PASS renforce également la complémentarité des modalités d'interventions. En effet, les démarches d'« aller vers », demeurent difficiles à déployer dans le cadre hospitalier. Lorsque c'est possible, comme le souligne l'un·e des professionnel·les de PASS, les consultations ou les cliniques mobiles déployées par certaines PASS constituent un levier important pour repérer les besoins, maintenir le lien avec les personnes et garantir la continuité de leur accompagnement :

> *[Dans d'autres territoires] ils ont beaucoup plus de mal […] À chaque fois que je les vois, ils me disent, « comment t'as réussi à aller sur des camps de réfugiés faire des consultations ? » […] eux, ça demanderait un tas d'autorisations, […] l'aller-vers ce n'est pas du tout dans la culture hospitalière, c'est hyper compliqué pour eux. Nous, des équipes mobiles, on en a plein [sur notre territoire], on a une équipe mobile dermato, plaie et cicatrisation, on a une équipe mobile Psy, on a une équipe mobile centre de santé dans les communes isolées, on a une équipe mobile de santé publique […] [on] s'adapte au territoire, donc je pense que c'est un peu plus facile pour nous.*
> **(professionnel·le de PASS)**

> *Après il y a aussi l'équipe mobile de psychiatrie précarité qui vient tous les mardis [dans un lieu d'hébergement ou la PASS vient également] […] Il y a une psychologue, deux infirmiers, une assistante sociale […] la psychologue voit aussi les personnes en rendez-vous et l'infirmier de liaison, fait la liaison notamment avec le 115, qui nous aident pour gérer les patients qui en ont besoin dans les squats etc. Donc ça il y a le lien plutôt avec la psychiatrie [et] ça nous aide beaucoup.*
> **(professionnel·le de PASS)**

L'ENJEU DU PREMIER ACCUEIL

Pour certain·es professionnel·les, le premier accueil des personnes constitue un lieu et un moment clé du parcours de soins. Réalisée par des professionnel·les formé·es aux droits et à l'évaluation médico-psycho-sociale, à l'écoute, elle permet d'effectuer une première évaluation administrative, d'identifier les besoins, d'apprécier le degré d'urgence de la situation et d'orienter vers la prise en charge la plus adaptée :

> *Au niveau de l'hôpital, les infirmiers d'accueil et d'orientation des urgences utilisent un questionnaire dans lequel la question de la précarité est incluse. Et ça, c'est génial […] pour repérer une personne aux urgences et l'orienter lorsqu'il existe derrière un dispositif adapté. […] Est-ce qu'il y a une question d'allophonie ? Comment est l'hébergement ? Est-ce que la personne est en situation régulière ou irrégulière ? Voilà, des éléments qui permettent de repérer et d'orienter.*
> **(professionnel·le de PASS)**

Un premier accueil assuré par des agent·es formé·es permet par ailleurs d'éviter des pratiques de report des démarches ou des demandes de pièces justificatives injustifiées, voire abusives.

UNE COORDINATION ENTRE PARTENAIRES DE PLUS EN PLUS INDISPENSABLE DANS UN CONTEXTE DE PLUS EN PLUS CONTRAINT

Les récits recueillis montrent que **la coordination entre les différent·es acteur·rices favorise la continuité des soins lorsqu'elle se construit avec les personnes concernées, en tenant compte de leurs besoins, de leurs contraintes et de leurs choix**. Elle permet alors de proposer des orientations plus adaptées et de sécuriser les parcours de soins.

Les échanges directs entre les associations et les professionnel·les de la PASS (notamment par téléphone) ou de la PMI permettent de débloquer certaines situations complexes et de favoriser une prise en charge plus individualisée, mieux adaptée aux besoins spécifiques des personnes accompagnées :

> *Nous on a des relations essentiellement téléphoniques avec la PASS [...] dès que ce sont des prises en charge de maladies chroniques, l'objectif est l'orientation, si la situation le permet bien sûr, [...] ici on arrive à négocier un peu avec la PASS même si la personne est sous visa. On leur met en avant que de toute façon elle va rester [...]. Donc nous du coup ce qu'on fait c'est effectivement de la prise de rendez-vous lorsqu'il y a de l'orientation.*
> **(intervenant·e associatif·ve)**

> *On travaillait avec les gens qui accompagnaient ces familles-là, les associations pour bien rappeler le jour même [...] c'est que comme ça, en se mobilisant un maximum, qu'on arrivait à avoir un suivi.*
> **(professionnel·le de PMI)**

Ces échanges améliorent **la réactivité et la continuité de la prise en charge en facilitant, lorsque les conditions le permettent, le regroupement des démarches et des consultations sur une même journée.** Ils contribuent à limiter les délais d'accès aux soins et à éviter certaines hospitalisations ou prolongations de parcours liées à des prises en charge retardées :

> *Et du coup, on avait réussi à faire ça sur une journée. Pour que ce soit acceptable pour la personne. Et ensuite pareil, ça a été plusieurs fois de gérer des petites journées de consultation pour éviter une hospitalisation parce que ce n'était pas possible pour cette personne-là, pour qu'elle puisse avoir la ponction, l'antibiotique, la consultation dans le même temps.*
> **(professionnel·le de PASS)**

Certain·es professionnel·les soulignent que **l'unicité de lieux, la proximité physique entre les services** et l'existence de **postes partagés entre plusieurs structures** facilitent les orientations et renforcent la continuité des accompagnements :

> *On est dans les mêmes locaux [que le centre de santé sexuelle]. Oui ça aide vraiment. La sage-femme est à mi-temps sur la PMI [et à] mi-temps [sur le] CSS, donc ça facilite encore plus le lien. Quand elle voit les femmes enceintes qui sont en grande précarité ou en difficulté, on peut déjà introduire la PMI, pour la suite [...] la puéricultrice fait une visite commune avec la sage-femme, de façon à faciliter ce lien après. [...] Des postes comme ça, partagés entre deux structures, [c'est essentiel].*
> **(professionnel·le de PMI)**

> *On travaille ensemble parce qu'on travaille sur le même lieu. Il y a les agents d'accueil [...] très formés à l'écoute de la plainte. Il y a aussi un secrétariat, un peu à l'écart, qui répond essentiellement au téléphone et aux mails, mais qui peut également recevoir des personnes se présentant à l'accueil. Au sein de l'équipe, il y a des médecins, des infirmiers et des travailleurs sociaux. On est aussi très en lien avec le [centre de santé sexuelle], où il y a également beaucoup d'infirmiers et de médecins. C'est une équipe plus étoffée que la PASS en termes de ressources humaines [...]. On est au même endroit et dans le même service, donc il y a beaucoup de passerelles autour des personnes que l'on reçoit. Il y a aussi, au sein du même service, des consultations VIH, hépatites et dermatologiques [...]. Les patients peuvent circuler entre les différentes équipes. Ils ne sont pas isolés au sein de la PASS. Si un suivi spécialisé est nécessaire, cela se fait au sein du service. Il y a également un accompagnement psychologique [...], ainsi qu'une PASS Psy dans les mêmes locaux, même si elle est rattachée à la psychiatrie. Cette circulation des patients se construit de plusieurs façons. D'abord, grâce à des temps de réunion où l'on peut discuter des situations qui nous préoccupent. Mais aussi par l'accompagnement de la personne d'un bureau à l'autre par un professionnel. Cela se construit avec elle et en fonction de ses demandes.*
> **(professionnel·le de PASS)**

DES RESSOURCES PROFESSIONNELLES EN RÉSEAU, FORMÉES ET SENSIBILISÉES À LA QUESTION DU NON-RECOURS AUX SOINS

D'après l'un·e des professionnel·les des PASS interrogé·es, des temps de formation et de sensibilisation communs ont contribué à améliorer la compréhension mutuelle, à fluidifier les échanges et à renforcer la qualité des orientations entre les PASS et les services d'urgences :

> *C'est vrai que le temps de formation et le temps de discussion permettent d'améliorer [les résultats]. L'oncologie digestive ce sont des soins très coûteux, beaucoup de demandes et une pression financière et sur les effectifs importante. Et à force de discussion […], de sensibilisation, ça marche. […] à la PASS maternité, on avait fait des sessions de formation pour les internes, notamment aux urgences […] depuis, les patientes nous sont orientées. […] c'est un travail de fond, effectivement […] d'aller aux urgences gynéco adulte, […] présenter la PASS, comment on fonctionne […] [ça] revient tous les six mois et qui permet d'être là dans les services.*
> **(professionnel·le de PASS).**

Au-delà de leur rôle de sensibilisation à une prise en charge adaptée, les formations (santé mentale, statut administratif, fonctionnement PASS, etc.) **apparaissent également comme un facteur de renforcement des dynamiques de réseau et de partage de pratiques entre professionnel·les. Elles contribuent ainsi à limiter le sentiment d'isolement professionnel**. À propos du dispositif chargé d'animer et de soutenir le réseau local des acteur·rices de santé afin de faciliter les parcours de soins, un·e professionnel·le interrogé·e en propose la description suivante :

> *Quand on y a pensé la première fois […] on l'a pensé dans un parcours patient. Puis on s'est rendu compte au bout de 2 ans qu'il n'y avait pas que le parcours patient, et que pour accueillir le patient en médecine de ville, il fallait être mieux formé, se connaître, ne pas être seul. […] l'idée du réseau et de la formation est venue après comme un outil essentiel.*
> **(professionnel·le de PASS)**

Parmi les contenus abordés lors des formations, l'un·e des professionnel·les interrogé·es souligne l'importance des **formations spécifiques en santé mentale, notamment celles portant sur la prise en charge des psychotraumatismes** :

> *Une des grandes difficultés qu'on a, [c'est qu'] on n'a pas de temps psy. C'est aussi la logique derrière laquelle j'ai fait le DU Psycho Trauma […] dans les symptômes de psychotraumatisme, c'est un spectre […] l'offre de soins psy n'est pas assez conséquente, et tout le monde ne relève pas forcément d'un accompagnement de psychologue ou de psychiatre […] il y a des situations que nous arrivons à stabiliser, en redonnant du sens et des ressources à la personne, […] ça nous permet de cibler et d'orienter correctement. Donc plus de chances que les personnes soient prises en charge.*
> **(professionnel·le de PASS).**

Comme évoqué précédemment, une importante charge émotionnelle est susceptible d'émerger lors des interactions entre les patient·es et les professionnel·les de santé, qui évoquent des mécanismes pour la gérer. L'un·e d'entre eux·elles souligne notamment l'importance de poser un cadre clair et transparent auprès des personnes accompagnées, en explicitant les modalités de la prise en charge ainsi que ce qui relève, ou non, du périmètre des soins proposés. Il·elle insiste également **sur la nécessité de s'appuyer sur les ressources des personnes, de mobiliser le soutien des associations lorsque cela est pertinent, et d'échanger entre collègues afin de se « décharger » des situations émotionnellement éprouvantes** :

> *La première chose que je dis beaucoup à mes collègues c'est le fait d'expliquer au patient son parcours, ce qui est possible et ce qui n'est pas possible. […] Expliquer, c'est donner une clé à la personne, […] ça vient quand même apaiser quelque chose dans notre charge émotionnelle, c'est-à-dire qu'il y a des choses que je peux faire, des choses que je ne pourrai pas faire. La deuxième chose, donner les clés à la personne pour mobiliser chez elle ce qui est mobilisable. […] Trouver du soutien parmi les associations pour que la charge soit partagée. […] Et nous, en tant qu'équipe, d'essayer parfois de discuter ensemble de ce que ça provoque chez nous, parfois certaines situations sur le côté personnel, humain, qu'est-ce qui met en difficulté par rapport à certaines choses ? [pour] pouvoir un peu décharger de temps en temps par rapport à ça.*
> **(professionnel·le de PASS)**

Si l'adaptation de **l'offre de soins apparaît comme une condition importante de l'accès aux soins**, elle ne suffit toutefois pas à garantir l'engagement des personnes dans un parcours de santé. Les récits recueillis montrent en effet **que le recours aux soins repose également sur la qualité des relations établies avec les professionnel·les rencontré·es.**

CONSTRUIRE UNE RELATION DE CONFIANCE FAVORABLE AU RECOURS AUX SOINS

LE RESPECT, L'ÉCOUTE, ET LA BIENVEILLANCE COMME FONDEMENT DE LA CONFIANCE

L'un des éléments clés mentionnés dans les récits comme favorisant le recours aux soins, au-delà de la reconnaissance des droits ou de l'adaptabilité des structures, **est le développement d'une relation de confiance entre la personne et les intervenant·es qui l'accompagnent**. La méfiance que les personnes peuvent éprouver à l'égard du système de soins — qu'elle résulte d'expériences de frustration, de déception ou de craintes, comme présenté dans le chapitre sur les causes du renoncement[60]— peut être atténuée, voire réparée, grâce à cette relation de confiance. D'après les récits, **cette confiance se construit autour de trois éléments fondamentaux : le respect, l'écoute active et la bienveillance**. Le respect se traduit notamment **par la possibilité laissée à la personne de déterminer le rythme et le périmètre des sujets qu'elle souhaite aborder, ainsi que par la prise en compte de sa dignité. L'écoute active est quant à elle décrite comme la capacité à accueillir la parole sans jugement dans le respect et la bienveillance. Enfin, la bienveillance se manifeste par une attention portée aux besoins particuliers des personnes. Elle s'accompagne également d'une adaptation de l'accompagnement notamment le recours à un·e interprète professionnel·le lorsque cela est nécessaire. Ensemble, ces éléments contribuent à créer un cadre relationnel sécurisant, favorable à l'établissement d'un lien de confiance et à l'engagement dans les soins :**

> *C'est quelque chose qui se construit tout seul en fait, au fur et à mesure. La première fois, on voit régulièrement que les personnes sont très souvent en retrait, méfiantes, et c'est normal, au regard de leur parcours. Mais il faut laisser aussi la liberté à la personne de se livrer à la hauteur de ce qu'elle a envie de livrer au moment-là. Donc du coup, c'est être toujours respectueux, bienveillant et laisser le choix aussi à la personne de ce qu'elle a envie de dire, pas dire, de ne pas être intrusif.*
> **(intervenant·e associatif·ve)**

L'un·e des intervenant·es décrit cette mise en confiance comme l'instauration d'une « alliance thérapeutique », fondée avant tout sur le respect de la dignité des personnes et la prise en compte de leurs priorités :

> *On leur [les personnes] redonne aussi un peu de dignité [...] petit à petit, on arrive à créer une alliance thérapeutique, à les amener vers le soin tout doucement, [...] mais c'est vrai que le plus important [c'est] le lien [...] L'alliance thérapeutique c'est une relation soignant-soigné on parle de relation de confiance, on adopte aussi une posture non jugeante, on respecte le patient, on respecte ses choix, on fait preuve d'empathie envers le patient.*
> **(professionnel·le de santé).**

Pour l'une des femmes interviewées ayant renoncé à des soins, le respect se traduit aussi par le fait de **prendre le temps d'expliquer les soins de manière claire et adaptée à la personne :**

> *Chez nous [dans le pays de naissance], le médecin ne dit pas à la patiente. [ici, le médecin] parlait à part à nous, parce que par exemple mon mari ne parlait pas bien français, il ne comprend pas, mais quand il parlait avec ma fille, il explique tout. Je trouve que c'est bien.*
> **(femme ayant renoncé aux soins)**

L'ATTENTION PORTÉE À LA PERSONNE DANS LES INTERACTIONS DE SOINS

D'après certains récits, **les gestes qui façonnent les interactions entre soignant·es et soigné·es (sourires, manière de s'adresser aux personnes, regards) peuvent contribuer de manière significative à renforcer la confiance et favoriser un recours ultérieur aux soins** :

> *Je trouve que la relation avec le patient est très importante parce que le patient arrive avec ses douleurs et qu'il a besoin qu'on prenne soin de lui. Que la façon de parler, les regards, le temps, comprendre tout ça, je pense que c'est important.*
> **(femme ayant renoncé aux soins)**

Pour d'autres professionnel·les, la prise en charge repose sur l'écoute active, permettant de mieux comprendre la situation, les difficultés et les besoins des personnes, tout en les rassurant. Cette approche suppose de consacrer du temps à l'échange lors de la consultation et de mobiliser les moyens nécessaires pour s'intéresser à la personne et appréhender les obstacles auxquels la personne est confrontée :

> *Donc voilà, on fait de l'écoute active, de la réassurance. Parfois on fume une clope avec eux et on parle de quelque chose qui n'a rien à voir et mais pendant ce temps-là, ben on plante une petite graine dans cette fameuse relation soignant-soigné. Puis un jour, un jour, il sera ok pour en parler, mais il faut qu'on s'adapte à leur rythme à eux.*
> **(professionnel·le de santé)**

> *Q : Qu'est-ce qui permet de dire « avec tel médecin, je me sens en confiance »*

60 Cf. Des écarts entre les attentes des personnes et l'expérience de soins vécue p. 82.

R : Je ne sais pas, c'est la façon d'être, la façon de s'exprimer, la façon de regarder, c'est la considération. On le voit comme partout, une personne qui s'intéresse à nous. Parce que c'est vrai que quand on peut s'exprimer et que et qu'on n'est pas renvoyé directement sur autre chose, mais que justement le médecin prend en compte ce qu'on dit et essayer de trouver le pourquoi du comment, de s'intéresser aussi aux causes [...] si on va y aller pour moi, voilà pour mes maux de ventre, il va me poser des questions aussi, enfin vraiment s'intéresser à comment ça a pu commencer, le parcours que j'ai fait, ce que moi aussi je ressens, enfin vraiment les douleurs que je ressens, et cætera, et cætera.
(femme ayant renoncé aux soins)

FACILITER LA COMPRÉHENSION MUTUELLE GRÂCE À L'INTERPRÉTARIAT PROFESSIONNEL

Enfin, plusieurs personnes interrogées soulignent que les dispositifs mis en place par certaines structures pour faciliter la communication avec les patient·es, notamment en cas de barrières linguistiques, constituent des leviers favorisant le recours aux soins. Les démarches d'accompagnement mises en place par des associations apparaissent également comme un soutien essentiel pour pallier le manque de ressources consacrées à l'interprétariat professionnel en santé au sein des établissements de santé. Au-delà de cette fonction, ils constituent un appui plus large en matière de médiation en santé, contribuant à rassurer les personnes accompagnées et à faciliter leur accès aux soins :

Je vois qu'ils sont très bienveillants envers les familles. Y a des familles qui ne parlent pas la langue ou y a la barrière [de la langue] et ça je trouve que c'est problématique [...] à la PMI, je voyais qu'ils prenaient le temps, cherchaient à comprendre [...].
(femme ayant renoncé aux soins)

Des fois ça a nécessité des accompagnements avec interprète parce qu'on sait très bien que l'hôpital normalement a une enveloppe pour les interprètes et qu'on ne peut pas l'utiliser souvent. Donc du coup ça a nécessité effectivement qu'un bénévole accompagne cette personne à chaque rendez-vous pour la rassurer, pour utiliser aussi l'interprétariat, qu'elle comprenne bien de quoi il s'agissait et tout ça.
(intervenant·e associatif·ve)

Les professionnel·les interrogé·es soulignent également le rôle joué par la médiation en santé dans la construction de la confiance et dans la réduction des obstacles linguistiques et culturels. La présence de médiateur·rices facilite l'orientation des personnes au sein des structures de soins, favorise leur compréhension des dispositifs rencontrés et contribue à leur maintien dans les parcours de santé :

Nous nous appuyons beaucoup sur les médiateurs en santé. Lorsqu'une personne dispose de droits ouverts et peut être orientée vers une structure où existe une médiation en santé, on sait que l'accompagnement engagé pourra être relayé. Ces métiers ont aujourd'hui un rôle essentiel pour les patients qui cumulent les vulnérabilités.
(professionnel·le de PASS)

Si la confiance est essentielle à l'engagement dans les soins, elle ne garantit pas à elle seule la poursuite effective du parcours de santé. Les récits recueillis montrent que des obstacles administratifs, organisationnels ou matériels peuvent retarder ou encore interrompre les prises en charge. Dans ce contexte, l'accompagnement des PASS, des PMI, des services hospitaliers ou des associations constitue un levier majeur pour sécuriser les parcours. Qu'il s'agisse de faciliter l'ouverture des droits, d'accompagner les personnes dans leurs démarches, de soutenir leur orientation vers les structures adaptées ou encore d'assurer un suivi dans la durée, cet accompagnement contribue à limiter les ruptures de soins et à favoriser l'accès effectif aux prises en charge nécessaires.

SÉCURISER LE PARCOURS GRÂCE A L'ACCOMPAGNEMENT

L'ACCOMPAGNEMENT AUX DÉMARCHES ADMINISTRATIVES COMME LEVIER DE SOINS

Comme souligné par l'un·e des intervenant·es associatif·ves, l'accompagnement aux démarches pour bénéficier d'une prise en charge des frais de santé permet de rassurer les personnes qui craignent l'impact financier que les soins pourraient représenter :

> *Après, comme beaucoup quand même de renoncements aux soins sont dus quand même aux raisons financières, c'est d'essayer de trouver des solutions d'orientation vers la base, prise en charge dans le cadre de choses comme ça et de rassurer le patient plus pour qu'il soit sans crainte par rapport à une facturation éventuelle et tout ça et souvent c'est quand même la recherche de ce type de solution.*
> **(intervenant·e associatif·ve)**

Certaines personnes apprécient d'autant plus l'implication des professionnel·les qui les accompagnent dans la compréhension et la réalisation de démarches administratives. Le soutien des assistant·es sociaux·les et du personnel de santé constitue un levier facilitateur :

> *Et puis le fait, je dirais qu'ils font plus que ce qu'ils doivent faire. Alors que pour la PASS ils ont fait le minimum, par contre, à la PMI, ils font plus que ce qu'ils doivent faire.*
> *Par exemple, lorsque je dis j'ai pas trouvé de rendez-vous, ils vont appeler les services concernés et me trouver un rendez-vous lorsque je dis par exemple, j'ai renoncé à tel soin parce qu'il me manquait un document où il fallait un cachet et où il fallait préciser le je sais pas quoi, tout ce que ma sécurité demandait et leur médecin ou la sage-femme, même si je par exemple, j'étais suivie à la maternité, la sage-femme va dire oui, moi je peux faire le document, elle va prendre le temps pour que je lui explique exactement ce qu'il me faut, le titre, machin, préciser la nature de soin, tout ça. Et elle va prendre le temps pour le faire.*
> **(femme ayant renoncé aux soins)**

> *[À la PMI] ils m'aidaient beaucoup dans les démarches aussi. Il y a des documents que la sécurité [de mon pays d'origine] demandait pour être prise en charge pour des soins et eux ils m'ont dit à chaque fois que j'ai besoin d'un document, que je pouvais compter sur eux.*
> **(femme ayant renoncé aux soins)**

> *Ils ne trouvaient pas dans leurs ordinateurs à l'hôpital, mon numéro de sécurité sociale on ne le trouve pas. […] Je n'en ai fait aucune [démarche] à part entrer à l'hôpital. Et c'est après que les assistantes sociales sont venues. J'ai tout refait. Ma pièce d'identité, ma carte médicale. Là, j'ai la mutuelle complémentaire santé, chose que je n'avais pas. Et puis d'autres choses, le RSA récemment et maintenant les dossiers de surendettement.*
> **(homme ayant renoncé aux soins)**

L'ACCOMPAGNEMENT PHYSIQUE VERS LES STRUCTURES DE SOINS

Certain·es professionnel·les des PASS estiment qu'un **accompagnement plus efficace impliquerait parfois de pouvoir accompagner physiquement les personnes dans leurs démarches afin de lever certains obstacles administratifs. D'autres professionnel·les soulignent l'importance d'assurer un suivi des situations afin de faciliter la compréhension de dossiers complexes par les services hospitaliers**. Ils et elles déplorent ne pas disposer du temps nécessaire pour le réaliser dans de bonnes conditions. Les professionnel·les de PMI décrivent également l'accompagnement physique comme un levier important pour faciliter l'entrée dans les soins. Leur présence lors des premiers rendez-vous permet de sécuriser les parcours, de faciliter l'orientation au sein des structures de santé et de soutenir progressivement l'autonomie des personnes accompagnées :

> *À partir du moment où je lui ai montré le chemin et je lui ai montré le service, le trajet, le circuit à l'hôpital pour aller faire ses soins et une fois qu'elle était autonome, j'ai pu la lâcher, elle y a été toute seule, mais au début, il est clair que je les accompagne. Oui, ça c'est un point d'honneur pour moi. À partir du moment où je fais une inscription, le premier rendez-vous se fera avec nous. C'est soit la sage-femme, soit quelqu'un de l'équipe. Mais elle n'ira pas toute seule au premier rendez-vous.*
> **(professionnel·le de PMI)**

ASSURER LE SUIVI POUR PRÉVENIR LES RUPTURES DE SOINS

Au-delà de l'accompagnement initial, les récits soulignent l'importance du suivi dans la durée. Les professionnel·les interrogé·es insistent sur la nécessité d'assurer une continuité de l'accompagnement afin d'éviter que les personnes ne se perdent dans des démarches complexes ou ne renoncent aux soins en cours de parcours :

> *Nous on proposera toujours un rendez-vous de suivi parce qu'on sait que derrière il y a quand même des besoins de soins […] on essaie quand même de faire des suivis quelle que soit la situation.*
> **(professionnel·le de PASS)**

Les professionnel·les de PMI insistent également sur la nécessité d'assurer un suivi régulier afin d'éviter les ruptures de soins. Les rappels de rendez-vous, les prises de contact répétées et la coordination entre les différent·es intervenant·es sont présentés comme des conditions importantes de la continuité des parcours de santé :

> *Il faut que je les rappelle la veille pour leur dire : demain n'oublie pas tu avais un rendez-vous, il faut que tu y ailles [...] je passe quand même sur le terrain pour vérifier les examens, les rendez-vous donnés pour qu'ils soient pris. [...] C'est important pour nous que à partir du moment où on a mis un suivi en place, que ce suivi soit à peu près rigoureux pour éviter les complications, les perdues de vue et la rupture de soins.*
> **(professionnel·le de PMI)**

Certains récits recueillis en PMI soulignent également l'importance de simplifier les procédures administratives afin de limiter le risque de renoncement aux soins. La réduction du nombre de démarches nécessaires ainsi que l'allongement de la durée de validité de certains dispositifs de prise en charge sont identifiés comme des leviers facilitant l'accès effectif aux soins :

> *La médiatrice en santé peut faire un bon PASS pour un mois. Donc ça fait qu'elle [la patiente] n'aura pas besoin de repasser à chaque fois par le service social pour demander un nouveau bon PASS, et ça, ça facilite les choses.*
> **(professionnel·le de PMI)**

Si l'accompagnement apparaît comme un levier essentiel pour sécuriser les parcours de soins, son efficacité repose rarement sur l'intervention d'un·e seul·e acteur·rice. Les récits recueillis montrent au contraire que la continuité des prises en charge est souvent le résultat d'un travail collectif associant personnes concernées, professionnel·les de santé, travailleur·ses sociaux·ales, médiateur·rices, associations et institutions. Face à des situations marquées par la précarité sociale, résidentielle ou administrative, aucun dispositif ne semble en mesure de répondre seul à l'ensemble des besoins. La capacité des différent·es acteur·rices à coopérer, à partager des informations et à coordonner leurs interventions apparaît ainsi comme une condition essentielle de l'accès aux soins et du maintien dans les parcours de santé. Les témoignages soulignent le rôle central des associations, des partenariats locaux et des réseaux dans la construction de réponses adaptées aux situations les plus complexes.

LA COOPÉRATION ENTRE ACTEUR·RICES COMME CONDITION DE LA CONTINUITÉ DES SOINS

LES ASSOCIATIONS COMME POINT D'APPUI DES PARCOURS DE SOINS

Plusieurs récits **soulignent l'importance de l'accompagnement associatif dans le recours aux soins**. Les associations, telles que Médecins du Monde, sont décrites comme actrices centrales assurant **l'orientation des personnes, l'apport de conseils, le soutien dans les démarches administratives et parfois l'offre de soins de première intention ou palliatifs**. Selon les personnes interrogées, cet accompagnement contribue à lever certains obstacles à l'accès aux soins et à favoriser l'inscription des personnes dans un parcours de prise en charge :

> *Alors normalement on n'est pas dans le suivi. Mais bon, après souvent quand même les personnes reviennent quand même hyper régulièrement le temps de toute façon d'ouvrir aussi leurs droits quoi et puis après il y a des fois, pas tout le temps, mais la nécessité d'un accompagnement aussi ensuite vers la suite, vers la médecine de ville, expliquer comment ça marche aussi et le besoin d'être rassuré parce que la crainte aussi d'aller vers un autre praticien ou médecin qui ne parle pas forcément la langue.*
> **(intervenant·e associatif·ve)**

> *Aujourd'hui, je devais tout faire par moi-même, mais je n'avais aucune aide. Alors, si je ne me bougeais pas, je ne mangeais pas. J'ai aussi un chien dont je dois m'occuper et que je dois nourrir. Puis je suis allé là-bas, chez [association], et je leur ai dit : « Écoutez, si vous ne m'aidez pas, je suis perdu. » Je leur ai expliqué ma situation et ils m'ont aidé. Maintenant, je me bats pour ne pas tomber dans la dépression. Bon, j'en souffre un peu, c'est vrai, mais aujourd'hui on m'a prescrit des examens ; je suis allé faire une prise de sang. Je dois tout faire à pied, aller aux rendez-vous, revenir, accomplir toutes les démarches nécessaires, parce qu'actuellement je n'ai rien.*
> **(homme ayant renoncé aux soins)**

Dans les récits recueillis, l'accompagnement assuré par les associations apparaît également comme une forme **d'« ancrage » des personnes au système de santé**. Il permet de maintenir un lien avec elles, en particulier lorsque leur situation se complexifie ou que des obstacles importants entravent leurs parcours de soins :

> *Ceci étant dit, elle [une femme ayant renoncé aux soins] a toujours eu comme ancrage, fort heureusement ici, quand vraiment la situation devenait*

complexe. Alors par exemple, pour cette dame, à un moment, on a fait à plusieurs reprises des demandes de lits halte de soins de santé parce qu'elle nécessitait une intervention chirurgicale au niveau de son pied et tout ça mais sauf que c'est super compliqué parce qu'elle n'arrivait plus du tout à marcher et qu'en plus comme elle est aidante, elle pousse le fauteuil roulant de son conjoint qui fait quatre fois son poids donc hyper compliqué.
(intervenant·e associatif·ve)

L'intermédiation associative peut aussi avoir une incidence sur **la manière dont le personnel des PASS interagit avec les personnes accompagnées**. C'est notamment le cas d'une femme qui relatait avoir été reçue, lors de son premier passage, dans un couloir, avec peu d'informations et un accueil qu'elle jugeait peu satisfaisant. Après l'intervention d'une association, elle a cependant bénéficié d'un accueil nettement différent, caractérisé par une plus grande écoute et une meilleure prise en compte de sa situation.

LE TRAVAIL EN RÉSEAU AU SERVICE DE LA CONTINUITÉ DES PARCOURS DE SOINS

Des personnes témoignent sur **le fonctionnement et la mise en réseaux entre les différent·es acteur·rices associatif·ves et les structures de soins ou d'accueil (hôpital et PASS, CPAM, etc.) : les acteur·rices de l'associatif expliquent, dialoguent et négocient avec ces structures afin de faciliter une meilleure compréhension et prise en charge des personnes dans le besoin :**

Donc [la perte de droits AME] c'est quelque chose qu'on va évoquer aussi avec la CPAM parce qu'on a des rencontres au moins deux fois par an avec la CPAM avec qui on entretient ici de très bonnes relations, ce qui permet de faire aussi avancer les choses. Mais du coup ça on va en parler aussi parce que ça met les gens dans des grandes difficultés.
(intervenant·e associatif·ve)

Il est également important de maintenir une coordination forte entre le secteur associatif, les institutions et les dispositifs de droit commun. Il faut soutenir les structures de droit commun et développer les ressources permettant d'accompagner les personnes en situation de précarité [...]. Il est important de disposer de partenaires de droit commun capables d'absorber cette charge, équipés et préparés pour accueillir ces situations [...]. Certains professionnels indiquent déjà avoir des difficultés à suivre leur propre patientèle. Or ces consultations sont souvent plus complexes, plus longues et nécessitent un accompagnement important.
(professionnel·le de PASS)

Enfin, dans une perspective plus globale, certain·es professionnel·les des PASS attribuent aux associations un rôle essentiel au sein du maillage d'acteur·rices intervenant dans le champ de la santé. Grâce à leur proximité avec les publics concernés, elles contribuent à mobiliser les différents intervenants et à adapter les réponses apportées aux réalités vécues par les personnes accompagnées. Ce rôle apparaît particulièrement important pour les personnes en situation de rue, dont les besoins et les contraintes nécessitent souvent des interventions coordonnées et ajustées à leur situation concrète. Les professionnel·les de PMI mettent notamment en avant l'intérêt des consultations conjointes avec des partenaires spécialisés. Ces temps de rencontre permettent de s'appuyer sur la relation de confiance déjà établie avec les familles afin de faciliter leur orientation vers de nouveaux dispositifs de prise en charge :

On a aussi le centre médico-psychologique qui intervient lors des séances, on va amener à cette consultation plus les personnes [dont on] pense qu'elles pourraient bénéficier [de cette prise en charge] pour faciliter ce lien et la prise en charge après. Parce que la grande difficulté c'est d'amener vers [les soins] Comme nous on a déjà ce lien, la confiance qui s'instaure autour de la naissance de bébé, on en profite pour faire entrer le partenaire dont on pense qu'il pourrait apporter un plus. Ça fonctionne bien. Parce que dire à une maman d'aller au CMP, c'est difficile. Si la personne est là, dit ce qu'elle fait, ce qu'elle représente, ça, démystifie et ça permet ce lien après.
(professionnel·le de PMI)

Les espaces de travail collectifs et les partenariats territoriaux contribuent également à renforcer l'interconnaissance entre acteur·rices, à favoriser le partage d'informations actualisées et à faciliter la mobilisation de ressources adaptées aux besoins rencontrés sur le terrain :

On est dans le collectif des bidonvilles donc on a pas mal de partenaires, d'autres associations et on est très content de pouvoir faire partie de ce groupe parce qu'on est quand même institutionnels. Et les autres, ils sont associatifs, donc on est bien contentes d'être dans ce groupe-là parce qu'on se passe des informations et des nouvelles, notamment avec ce qui se passe en ce moment sur l'évacuation des camps à grande échelle. Donc ça nous permet de nous tenir informés de ce qui se fait. Et quand on a des besoins, on peut contacter ces personnes, ça marche plus ou moins, mais bon, ça marche quand même.
(professionnel·le de PMI)

PROJET E.CARE : UN DISPOSITIF DE COORDINATION DES PARCOURS DE SOINS PORTÉ PAR LE CHU DE TOULOUSE

Créé en 2020 au sein du service de médecine sociale et santé sexuelle du CHU de Toulouse, le dispositif e.CARE souhaite répondre à un constat récurrent : les personnes en situation de précarité atteintes de pathologies chroniques recourent de façon répétée aux urgences, sans parvenir à s'inscrire durablement dans un suivi de médecine de ville, du fait notamment de l'absence de droits ouverts à la sécurité sociale, de barrières linguistiques et culturelles, de difficultés de mobilité ou d'une faible littératie en santé.

Porté par le CHU de Toulouse, via la PASS et le service de post-urgences médicales, et d'abord financé pendant quatre ans par l'ARS Occitanie, le dispositif vise à réduire les inégalités sociales de santé et à lutter contre l'exclusion et le non-recours aux soins auprès des femmes et des hommes adultes ainsi que des jeunes majeur·es de la métropole toulousaine, quelle que soit leur situation administrative.

e.CARE est intégré au service de Médecine sociale et Santé sexuelle du pôle Santé Publique et Médecine sociale du CHU de Toulouse, qui réunit également la PASS, le CeGIDD, une équipe mobile sociale et de santé, ainsi que 16 Lits halte soins santé (LHSS). Cet ancrage permet d'articuler, pour une même personne, trois temps complémentaires : le passage hospitalier, une phase de stabilisation médicalisée en LHSS si nécessaire, puis un retour accompagné vers un suivi de droit commun en médecine de ville. Le dispositif mobilise sept professionnel·les : deux médecins à 40 %, un·e infirmier·e à temps plein sur le LHSS de jour, un·e infirmier·e à temps plein sur l'animation du réseau, un·e travailleur·euse social·e à mi-temps, un·e médiateur·rice en santé à temps plein et un·e coordinateur·rice de projets. L'accompagnement individualisé concerne une quarantaine de patient·es simultanément, pour une durée pouvant aller de quelques semaines à deux ans en fonction de la complexité du parcours.

Deux axes d'intervention identifiés

Le réseau e.CARE, fédère plus de 250 professionnel·les de santé de ville. Le dispositif leur apporte trois types de ressources :

(1) un accès gratuit à l'interprétariat professionnel en santé, assuré par des interprètes formé·es en langues étrangères et langue des signes française (COFRIMI, ISM Interprétariat, INTERPRETIS) soumis au secret médical ;

(2) une plateforme téléphonique dédiée aux situations complexes, qui permet d'appuyer la recherche d'un·e médecin traitant, la reconstitution d'un parcours de soins ou la préparation d'une consultation ;

(3) une offre de formation, déclinée en un webinaire mensuel, une infolettre « Santé-Précarité » développée depuis 2023, une soirée d'échange annuelle organisée avec Médecins du Monde, et des interventions dans les cursus universitaires.

Ce réseau s'articule avec l'écosystème territorial existant (ARS, maisons de santé pluriprofessionnelles, communautés professionnelles territoriales de santé, URPS, DAC 31 et les associations du territoire), ainsi qu'avec un travail de repérage mené directement au sein de l'hôpital, notamment aux urgences et dans les services de diabétologie, d'hépato-gastro-entérologie et de traumatologie.

L'Espace CARE, un Lit halte soins santé (LHSS) de jour destiné aux personnes majeures en situation de précarité atteintes de pathologies chroniques. Il repose sur trois missions :

(1) coordonner et fluidifier les parcours de soins entre la ville et l'hôpital, à travers un accompagnement personnalisé portant sur la recherche d'un·e médecin traitant, la compréhension du système de soins ou la prise de rendez-vous ;

(2) développer la littératie en santé et le pouvoir d'agir des personnes accompagnées, via des ateliers collectifs de nutrition, d'accès au numérique, d'art-thérapie, de socio-esthétique, de santé sexuelle, d'activités physiques adaptées ou d'accès aux droits ;

(3) et aller-vers les publics les plus éloignés du soin, grâce à des consultations avancées organisées hors les murs, dans les lieux d'accueil de jour et les hôtels sociaux, assurées par un binôme médecin-infirmier·e.

Dans de plus en plus de territoires, cette coopération s'appuie sur des dispositifs plus formalisés associant les PASS, les associations et les professionnel·les de santé de ville. Ces collaborations facilitent l'orientation vers les soins de droit commun et contribuent à renforcer le suivi des parcours. C'est notamment le cas sur l'un des territoires d'Île-de-France, où les PASS travaillent en articulation avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) afin de fluidifier l'orientation des patient·es et d'améliorer le suivi de leurs parcours de soins :

> *Je pense qu'avec ma collègue, là maintenant qu'on est [...] 2 infirmières à temps plein, c'est vrai que [...] on a quand même augmenté la qualité d'accueil des patients grâce au fait d'être en équipe complète et pas en sous-effectif. Et [...] sur l'année qui va s'écouler, on va peut-être essayer, à tour de rôle, d'aller plus à la rencontre des [...] partenaires avec qui on travaille pour pouvoir avoir plus de connaissances sur [eux], leurs missions, leurs modalités d'accueil des personnes. Comment orienter les gens ? Je pense qu'on peut découvrir quand même beaucoup de choses. Et en plus créer de la proximité et [...] avoir plus de facilité à orienter. Je pense que c'est quelque chose qui pourrait être bien puisque, avant que ma collègue arrive, [...] j'étais toute seule donc je n'avais pas du tout le temps [...] d'aller à la rencontre des partenaires puisqu'il fallait bien assurer l'accueil des personnes ici. Et là, maintenant que ma collègue est arrivée, [...] elle est bien formée. On a trouvé notre organisation.*
> **(professionnel·le de PASS)**

Les professionnel·les de PMI soulignent **l'importance du travail partenarial pour soutenir les familles confrontées à des situations de précarité**. Selon eux·elles, ces coopérations permettent de coordonner les interventions, de partager les informations utiles et de construire des réponses plus cohérentes face à des situations complexes :

> *Ce qui est un peu vraiment très important dans la prise en charge des situations des familles en précarité, c'est vraiment le lien entre partenaires. Plus on se met en lien, plus on peut soutenir la famille, même si on n'a pas de réponse immédiate.*
> **(professionnel·le de PMI)**

Enfin, plusieurs professionnel·les soulignent que **le développement et le renforcement de ces coopérations nécessitent du temps et des ressources**. Face à l'émergence de nouvelles formes de précarité, la capacité des acteur·rices à se connaître, à identifier les compétences de chacun·e et à maintenir des espaces d'échanges réguliers apparaît comme une condition importante de l'efficacité du travail en réseau :

> *C'est vraiment un travail qui demande du temps, qui demande de se connaître, donc tout un travail de réseau, une connaissance entre tous les acteurs. Quand il y a des moments où le Samu social ou Médecins du Monde propose des journées, ça fait des temps d'échanges de connaître ce que font les autres. C'est important à souligner, c'est qu'il y a beaucoup d'associations qui ne savent pas ce que c'est la PASS.*
> **(professionnel·le de PASS)**

La médiation en santé, telle que décrite dans le référentiel (*HAS 2017b*), contribue à réduire le renoncement aux soins grâce à quatre axes d'intervention complémentaires : recréer la rencontre avec les populations concernées, faciliter la coordination du parcours de santé, proposer des actions collectives de promotion de la santé et participer aux actions structurantes du projet. Ces quatre dimensions ont été clairement retrouvées dans notre étude et confirment l'intérêt de cette démarche. Bien qu'existante, la médiation en santé mériterait d'être davantage développée pour mieux répondre aux besoins des personnes les plus éloignées du système de soins.

Au-delà de la diversité des situations rencontrées, les témoignages convergent vers un même enseignement : **l'accès effectif aux soins dépend largement de la capacité des acteur·rices à élaborer des réponses adaptées aux besoins, aux contraintes et aux ressources des personnes concernées. Ces résultats soulignent également que la lutte contre le renoncement aux soins ne relève pas seulement d'un enjeu d'accès aux services de santé, mais également d'un enjeu d'accompagnement, de coordination.**

CHAPITRE 5

DISCUSSION

Cette étude avait pour objectif d'analyser les conditions d'accès effectif aux PASS et aux PMI ainsi que les facteurs susceptibles de favoriser ou de limiter le renoncement aux soins. Le croisement de résultats avec la littérature scientifique et institutionnelle permet d'éclairer les transformations auxquelles ces dispositifs sont confrontés, les mécanismes qui soutiennent ou freinent les parcours de soins et les enjeux de coordination qui traversent aujourd'hui la lutte contre les inégalités sociales de santé. Les résultats présentés doivent être interprétés à la lumière de plusieurs limites méthodologiques, notamment le recours à des échantillons de taille limitée et non représentatifs, une couverture partielle des terrains d'enquête ainsi que les biais inhérents aux données déclaratives. Ces éléments ne permettent pas de généraliser les résultats à l'ensemble des populations concernées. Néanmoins, la complémentarité des approches quantitatives et qualitatives apporte des éclairages utiles sur les mécanismes susceptibles de contribuer aux difficultés d'accès aux soins observées[61].

DES DISPOSITIFS ESSENTIELS MAIS FRAGILISÉS DANS LEUR CAPACITÉ À RÉDUIRE LES INÉGALITÉS DE SANTÉ

DES DISPOSITIFS CONÇUS POUR GARANTIR L'ACCÈS UNIVERSEL AUX SOINS

Les PASS et les PMI ont été conçues pour réduire les inégalités d'accès aux soins grâce à la gratuité des consultations, à la proximité des services, à l'accompagnement médico-psycho-social et au soutien à l'ouverture des droits. Cette vocation répond aux analyses de (*Blanco-Cazeaux 2023 ; Fabrique territoires santé 2025 ; Ipsos 2024*) qui soulignent le rôle des barrières financières, administratives et territoriales dans les difficultés d'accès aux soins.

Les résultats de notre étude montrent que ces dispositifs constituent des portes d'entrée importantes vers le système de santé pour des personnes souvent éloignées du droit commun (cf. pages 103 ; 123-125 ; 140). Les PASS apparaissent comme des dispositifs passerelles avec un accueil en théorie inconditionnel et conçus pour permettre une prise en charge médico-sociale globale (cf. pages 97-98 ; 104 ; 109). Les résultats concernant les PMI vont dans le même sens. Les professionnel·les décrivent des dispositifs avec de larges missions dont un suivi de grossesse, un suivi postnatal, et développant des actions d'aller-vers afin de maintenir un accès aux soins auprès des populations les plus éloignées des structures de santé. Ils rappellent régulièrement le caractère universel de leurs missions. Nos résultats sur les prises en charge intégrant les dimensions médicales, sociales et administratives sont cohérents avec les travaux de (*DGCS 2016 ; Peyron et al. 2019 ; Rehbinder et al. 2025*) qui décrivent les PASS et les PMI comme des dispositifs reposant sur une approche médico-sociale globale (cf. pages 98 - 99 ; 109 ; 124).

Nous montrons également que l'ouverture et le maintien des droits occupent une place importante dans l'activité de ces dispositifs rejoignant ainsi ceux de (*DGOS 2022 ; Khouani et al. 2022 ; Legoff 2014*) qui soulignent le rôle central des PASS dans l'accompagnement des démarches administratives et l'accès aux droits. **Toutefois, les professionnel·les rencontré·es décrivent une complexification croissante de ces démarches et une mobilisation grandissante des équipes autour de ces questions** (cf. pages 102 ; 114).

DES DISPOSITIFS CONFRONTÉS À UN AFFAIBLISSEMENT STRUCTUREL DURABLE

Les travaux de (*Amrous 2022 ; Cainne 2012 ; Geeraert 2017 ; Peyron et al. 2019 ; Rehbinder et al. 2025*) soulignent un **décalage croissant entre les missions confiées aux PASS et aux PMI et les ressources dont elles disposent**. Dans notre étude (cf. pages 105 ; 115 ; 124 ; 138) **les professionnel·les décrivent en effet des situations dans lesquelles les contraintes de ressources ont des conséquences directes sur la prise en charge des personnes. Certaines équipes expliquent devoir différer certaines prises en charge ou recentrer leur activité sur les situations jugées les plus urgentes** (cf. pages 99 ; 102 ; 124 ; 130 ; 138 ; 150). Ces résultats sont cohérents avec ceux de (*Gasquet-Blanchard et Moine 2021*) qui décrivent des situations où les ressources disponibles conduisent à prioriser certaines prises en charge plutôt que d'autres. Les auteur·rices soulignent également que **ces contraintes exposent les professionnel·les à un « travail empêché », caractérisé par un décalage croissant entre les besoins observés et les réponses qu'il leur est possible d'apporter**. Plusieurs auteur·rices et colloques (*Gelly 2023 ; Lachenal et al. 2014*) ont développé depuis une dizaine d'années des analyses sur la **« médecine du tri »**, montrant comment **le tri**, historiquement utilisé dans la médecine de guerre ou de catastrophe, **est devenu un paradigme central de la médecine moderne devant la baisse des ressources économiques et humaines du système de santé**. Ces pratiques de tri peuvent prendre des formes explicites de triage médical (par exemple en médecine d'urgence), mais aussi des formes plus silencieuses qui reposeraient plus des impensés, des représentations sociales, culturelles et historiques de l'autre. Dans un contexte de baisse des ressources et de pression gestionnaire croissante d'une part, et d'augmentation des discours et des pratiques excluantes voire discriminatoires à l'égard de populations boucs émissaires d'autre part, ce tri des patient·es peut reposer sur des critères discriminatoires. Le triage comporte ainsi une « tension éthique fondamentale ». Lachenal souligne aussi que « trier est un fardeau moral et émotionnel » pour les professionnel·les (*Lachenal et al. 2014*).

61 Les limites de l'étude sont développées dans l'annexe 3. méthodologie du focus p. 180.

Pour sa part, **l'enquête Trajectoires et Origines** (*Gosselin et Ichou 2026*) montre que si la discrimination perçue dans le système de santé est un phénomène moins fréquent que pour la recherche d'un emploi ou d'un logement, il touche principalement les femmes, les minorités racisées et les personnes précaires. Les **déterminants du traitement inégalitaire en santé sont ainsi liés à trois grands ensembles de facteurs : la précarité, le type de couverture maladie et l'appartenance à des minorités raciales**. La part des enquêté·es déclarant avoir subi des traitements inégalitaires dans le système de santé est de 4 % pour les hommes et 7 % pour les femmes (18 % des personnes qui ont cherché un emploi dans les cinq dernières années disent avoir subi une discrimination dans ce domaine, et 9 % de celles qui ont cherché un logement). Dans le dernier rapport du (*Défenseur des droits 2026*) sur l'enquête Accès aux droits, 22 % des personnes exposées à la précarité déclarent avoir fait l'objet de discriminations au cours des cinq dernières années chez un professionnel de santé ou à l'hôpital, contre 8 % du reste de la population.

Les données de notre étude montrent par ailleurs que les ressources humaines et les moyens d'accompagnement demeurent inégalement répartis sur le territoire. Du côté des PMI, le manque de temps médical, les difficultés de recrutement et le non-remplacement de certain·es professionnel·les apparaissent de façon récurrente dans les entretiens. Plusieurs personnes interrogées expliquent être contraintes de prioriser les situations les plus graves (cf. pages 124 ; 130 - 131 ; 138).

Nous mettons également en évidence des **inégalités territoriales** dans l'organisation et les moyens des dispositifs telles que décrites par (*DREES 2025 ; Geeraert 2018*). Les PASS observées présentent en effet des niveaux variables de ressources, de capacités de coordination, d'accès à l'interprétariat, d'articulation avec les urgences ou encore d'accès aux soins spécialisés (cf. pages 97-101). Ces disparités influencent directement les possibilités d'accompagnement, la qualité de l'accueil et la continuité des prises en charge proposées aux personnes.

UNE CAPACITÉ D'ACTION FRAGILISÉE FACE À L'AUGMENTATION DES BESOINS

Nos résultats montrent que les PASS et les PMI sont confrontées à des situations de plus en plus complexes. **Les professionnel·les décrivent des parcours marqués par une forte précarité résidentielle, par une absence d'hébergement et des vies à la rue, par des ruptures de droits, des difficultés administratives, des parcours migratoires et des besoins croissants en santé mentale.** Les situations décrites rejoignent les constats de (*Battaglia et Cordier 2025 ; Halley des Fontaines et Kerouedan 2020 ; IGAS 2026 ; Rehbinder et al. 2025*) qui rapportent une augmentation des vulnérabilités sociales et administratives ainsi qu'une complexification des parcours (cf. pages 114 ; 135 ; 148).

Les professionnel·les décrivent également des obstacles liés aux démarches dématérialisées, aux dysfonctionnements des plateformes numériques, aux barrières linguistiques, à la mobilité géographique des personnes ou encore à la saturation de l'offre de soins. Ces résultats sont également retrouvés par (*Khouani et al. 2022 ; Legoff 2014 ; Lehoux 2025*) qui montrent que les difficultés d'accès concernent non seulement l'ouverture des droits mais aussi leur utilisation effective dans les parcours de soins (cf. pages 101 ; 105 ; 114 ; 127). Dans le même sens, le récent rapport d'activité de la Défenseure des droits est éloquent (*Défenseur des droits 2026b*). Il montre une hausse importante depuis 2020 de sollicitations à son égard (+17 %), particulièrement marquée dans le champ des relations avec les services publics (+20 %), montrant une **dégradation importante des services publics**, en termes de présence physique sur le territoire, de dématérialisation.... Il rapporte aussi une **« augmentation exponentielle » (+41 %) des réclamations en droit des étranger·es**. Plus des trois quarts de ces réclamations concernent des mauvaises pratiques ou manquements des services préfectoraux pour des demandes de renouvellement de titres de séjours d'étranger·es installé·es en France (récépissé non donné, lourds dysfonctionnements du service en ligne de l'Administration numérique pour les étranger·es en France (ANEF). Dans ce contexte, la Défenseure des droits souligne **le très important « report de charge », ou les répercussions directes que ces dysfonctionnements et blocages en matière de droit des étranger·es, hors de tout cadre légal**, fait peser sur tout un ensemble d'acteur·rices : l'institution Défenseur des droits elle-même, le travail des juges, les associations, pour ces « usager·es en détresse ». Ces constats invitent à replacer les difficultés rencontrées dans l'accès aux soins dans un contexte plus large de fragilisation de l'accès aux droits et aux services publics. Les obstacles décrits par les personnes concernées et les professionnel·les ne relèvent pas uniquement du système de santé mais s'inscrivent dans un ensemble plus vaste de difficultés administratives, numériques et institutionnelles qui affectent particulièrement les personnes en situation de précarité et les personnes étrangères, et qui sont le fruit de politiques publiques.

Les résultats de notre enquête sur le renoncement aux soins des personnes reçues dans nos activités (cf. p 70) font également écho aux données du Baromètre du renoncement aux soins développé par l'ODENORE et l'Assurance Maladie, qui montre que le renoncement ou le report de soins concerne environ un quart des assuré·es interrogé·es. Les principaux obstacles identifiés relèvent certes de facteurs financiers, mais également des délais d'obtention de rendez-vous, des difficultés de déplacement, de la complexité des démarches administratives et d'une méconnaissance du système de santé. Le fait que de telles difficultés soient observées parmi des personnes déjà affiliées à l'Assurance maladie souligne l'importance des obstacles non financiers dans l'accès aux soins. Les situations décrites dans notre étude suggèrent que ces difficultés peuvent être renforcées pour les personnes

confrontées à des ruptures de droits, à une instabilité résidentielle ou à des obstacles administratifs plus importants.

L'étude MdM montre ainsi que les renoncements aux soins ne découlent pas uniquement de facteurs financiers. Les difficultés administratives, l'instabilité résidentielle, les barrières linguistiques et certaines insuffisances de l'offre de soins apparaissent également comme des obstacles importants au recours aux soins (cf. pages 74-75 ; 80-81). Cette observation rejoint les travaux de (*Desprès 2013*) sur le renoncement aux soins et ceux de (*Warin 2009*) sur le non-recours, qui mettent en évidence le rôle des obstacles sociaux et institutionnels dans les difficultés d'accès aux soins. De même, le coût des médicaments et le durcissement récent des conditions de prescription et de délivrance de certains traitements, par exemple des antalgiques opioïdes (*ANSM 2024, 2025*), constituent également des freins, en particulier pour les personnes ne bénéficiant pas de couverture maladie.

DES DISPOSITIFS ESSENTIELS CONFRONTÉS À DES DIFFICULTÉS CROISSANTES

Les travaux de (*Battaglia et Cordier 2025 ; Geeraert 2022 ; Khouani et al. 2022 ; Legoff 2014 ; Peyron et al. 2019*) suggéraient déjà que les PASS et les PMI jouaient un rôle auprès des personnes les plus vulnérables et les plus éloignées du système de santé. **Les résultats de notre étude permettent d'illustrer concrètement les mécanismes à l'œuvre décrits dans cette littérature. Les PASS assurent en partie un accès aux soins de santé primaires et les professionnel·les décrivent un travail quotidien de coordination des parcours hospitaliers, de facilitation de l'accès aux consultations spécialisées et de lien avec les services des urgences**. Cette fonction apparaît d'autant plus importante que les liens avec les services d'urgences sont parfois jugés insuffisants (cf. pages 99-100 ; 103 ; 105). Les PMI ont de larges missions : les professionnel·les décrivent des interventions qui concernent également le soutien à la parentalité, l'accompagnement de familles précaires, les difficultés d'accès aux soins ou encore le maintien d'un lien avec des familles confrontées à une forte instabilité résidentielle et administrative. Les professionnel·les décrivent régulièrement leur intervention comme un moyen de maintenir un « lieu repère » pour des familles vivant dans une forte instabilité résidentielle et administrative. Cette fonction apparaît particulièrement visible dans les territoires marqués par la précarité résidentielle, où des activités mobiles et des interventions sur les lieux de vie sont développées (cf. pages 123 ; 126 ; 135). Cette analyse rejoint les conclusions récentes de l'Inspection générale des affaires sociales, qui souligne l'importance du renforcement des actions de prévention et d'accompagnement précoces ainsi que la nécessité de conforter la place des services de PMI dans les parcours périnataux afin de réduire les considérables inégalités de santé en matière de santé périnatale observées entre territoires et groupes sociaux (*IGAS 2026*).

Les professionnel·les interviewé·es décrivent des interventions qui concernent non seulement l'accès aux soins, mais également les difficultés d'accès aux droits, au logement, aux démarches administratives ou encore à la santé mentale (cf. p. 105 ; 135). Les PASS et les PMI sont de plus en plus confrontées aux défaillances de l'accès aux droits, de l'hébergement, de l'accompagnement administratif, de la santé mentale et parfois du fonctionnement même du système de santé. **Leur rôle apparaît ainsi de plus en plus essentiel, face à des besoins croissants**, mais, comme le montrent les entretiens, elles sont de plus en plus confrontées à **la gestion de difficultés administratives, résidentielles ou sociales qui dépassent le champ de leur mission**.

Plusieurs professionnel·les expliquent être amené·es à prioriser certaines situations, à réorganiser leur activité autour des publics les plus en difficulté ou à prolonger certains accompagnements faute de relais disponibles. Certaines PASS décrivent également des difficultés ou impossibilités de répondre à l'ensemble des besoins exprimés ; les résultats du volet de l'étude auprès des équipes de Médecins du Monde suggèrent que les tensions pesant sur les dispositifs peuvent être productrices de retards, de ruptures, de reports ou de limitations dans les parcours de soins (cf. pages 97-98 ; 100 ; 104 ; 109 ; 130). Ces constats rejoignent ceux de (*Amrous 2022 ; Battaglia et Cordier 2025 ; Peyron et al. 2019 ; Rehbinder et al. 2025*) qui décrivent un écart croissant entre les besoins observés, les missions confiées aux dispositifs et les ressources disponibles pour y répondre. Ils rejoignent aussi les analyses de (*Aron, Geeraert, et Izambert 2021 ; Izambert 2016*) qui montrent comment **les PASS sont au cœur de contradictions** : si elles permettent l'inclusion de personnes qui seraient autrement exclues du système de santé, elles contribuent aussi à organiser une prise en charge différenciée selon les droits et la situation administrative des patient·es, et peuvent aussi participer à une forme de tri entre les patient·es, catégorisé·es selon leur situation administrative et leur « légitimité » à être pris en charge.

LA QUALITÉ DE L'ACCOMPAGNEMENT COMME LEVIER DU RECOURS AUX SOINS : DES EFFETS LIMITÉS PAR LES DÉTERMINANTS STRUCTURELS

LE RECOURS AUX SOINS EST FAVORISÉ PAR DES INTERACTIONS PERSONNELLES

Les résultats de notre étude montrent que **le recours aux soins ne dépend pas uniquement de l'existence d'une offre de soins ou de droits ouverts. Il repose également sur la qualité des interactions entre les personnes concernées et les professionnel·les rencontré·es tout au long du parcours de soins**. Les entretiens réalisés auprès des personnes concernées montrent en effet, l'importance des relations établies avec les professionnel·les rencontré·es tout au long du parcours de soins. Selon (*Desprès et al. 2011*) le recours aux soins dépend également de la qualité de la relation avec les institutions et les professionnel·les, ainsi que de la prise en compte de l'histoire, des besoins et des contraintes des personnes. Les entretiens réalisés auprès des personnes ayant renoncé à des soins illustrent cette situation. Plusieurs personnes décrivent des expériences marquées par le sentiment de ne pas avoir été écoutées, comprises ou reconnues dans leurs besoins. Certaines relatent avoir attendu plusieurs mois un rendez-vous avant d'apprendre qu'aucune prise en charge ne pourrait leur être proposée. D'autres évoquent des consultations au cours desquelles leurs douleurs n'ont pas semblé être prises au sérieux. Ces expériences peuvent contribuer à fragiliser la confiance envers les structures de soins et à éloigner certaines personnes du système de santé (cf. pages 70 ; 80 ; 82 ; 148).

De façon complémentaire, nos entretiens réalisés auprès de professionnel·les de six PASS et cinq PMI montrent également **l'importance de l'accompagnement individualisé comme facteur facilitant l'accès et le maintien dans les soins**. Ils et elles décrivent un travail d'adaptation visant à prendre en compte les contraintes sociales, administratives, résidentielles ou familiales des personnes accompagnées. Cet accompagnement apparaît particulièrement important pour les personnes ayant connu des ruptures de parcours ou développé une défiance vis-à-vis des institutions (cf. pages 82 ; 102 ; 104-105). Ces observations rejoignent celles de (*Desprès et al. 2011*) qui soulignent l'importance de la confiance, de la compréhension mutuelle et de la prise en compte des réalités de vie dans le recours aux soins.

Toutefois, les entretiens montrent que **cet accompagnement ne se limite pas à la relation entre professionnel·les et patient·es. Les professionnel·les décrivent également un important travail d'accompagnement et ou d'orientation et de coordination avec d'autres structures de soins**. Plusieurs soulignent la nécessité d'accompagner les personnes vers le droit commun en identifiant des professionnel·les ou des structures adaptées, en développant des partenariats avec des centres de santé, des CPTS, des PASS de ville ou encore des structures disposant de médiateur·rices en santé. L'orientation est bien un processus actif qui demande la mobilisation de réseaux de professionnel·les ainsi qu'un suivi sur le long terme pour éviter les ruptures de parcours et les renoncements aux soins. Les professionnel·les insistent également sur l'importance du suivi après ces orientations afin d'éviter les ruptures de parcours et les renoncements aux soins (cf. pages 82 ; 109-110 ; 152). Ces résultats rejoignent les travaux de Warin, qui montrent que l'ouverture formelle des droits ne garantit pas à elle seule leur utilisation effective (*Warin 2009*). Les entretiens réalisés dans notre étude suggèrent qu'un accès effectif aux soins nécessite souvent un accompagnement dans la compréhension du système de santé, dans l'identification des ressources disponibles et dans les différentes démarches permettant d'accéder aux soins. Les professionnel·les de PASS et de PMI apparaissent non seulement comme des soignant·es mais également comme des intermédiaires et des facilitateur·rices de parcours, permettant aux personnes de naviguer dans un système souvent complexe et fragmenté.

Les résultats de notre étude soulignent également comment le premier accueil assuré par des professionnel·les sensibilisé·es aux situations de précarité et formé·es à l'évaluation médico-psycho-sociale, favorise l'identification des besoins, l'orientation vers les services adaptés et l'engagement dans les démarches de soins (cf. pages 103-105).

TOUTEFOIS, DES AMÉLIORATIONS STRUCTURELLES DEMEURENT NÉCESSAIRES

Si les interactions individuelles jouent un rôle déterminant dans les parcours de soins, nos résultats montrent qu'elles ne suffisent pas toujours à compenser les obstacles structurels qui entravent l'accès aux soins. Les professionnel·les rencontré·es décrivent des difficultés persistantes d'accès aux consultations spécialisées, à la santé mentale, aux soins dentaires ou encore à certains traitements pour les personnes sans droits ouverts. Les données disponibles dans le champ périnatal illustrent également ces limites de l'offre : près des trois quarts des femmes déclarant des difficultés psychologiques pendant leur grossesse n'ont pas bénéficié de soins anténatals en santé mentale (*Doncarli et al. 2026*). Ce résultat souligne l'importance du repérage précoce et du développement d'une offre adaptée. Plusieurs PASS rapportent être contraintes d'effectuer des arbitrages financiers conduisant à différer certains examens ou à renoncer à certaines prises en charge. Les difficultés d'orientation vers la psychiatrie ou les soins dentaires sont citées de manière récurrente comme des situations où les besoins sont considérables alors que l'offre disponible est insuffisante.

Nos résultats montrent que **ces difficultés relèvent non seulement des situations individuelles des personnes mais également des conditions d'organisation du système de santé, de la disponibilité des ressources et de l'adaptation de l'offre aux besoins des publics les plus vulnérables**. Ces observations rejoignent celles de (*Levesque, Harris, et Russell 2013 ; Warin 2009*) qui soulignent l'importance des caractéristiques du système de santé dans l'accès aux soins. Toutefois, les entretiens montrent également que l'engagement des équipes ne permet pas toujours de compenser les effets de la saturation des services, des difficultés de recrutement, des contraintes budgétaires ou des insuffisances de certaines offres spécialisées (cf. pages 106 ; 108 ; 115 ; 130 ; 138). Ces enjeux s'illustrent particulièrement dans le champ périnatal. L'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles estime que 60 % des décès maternels seraient potentiellement évitables grâce à un meilleur accompagnement des femmes avant, pendant et après l'accouchement, soulignant l'importance de l'organisation des parcours et de l'accès effectif aux soins (*Deneux-Tharaux et Saucedo 2024*).

La question linguistique constitue une démonstration particulièrement forte de cette nécessité d'agir à un niveau structurel. Les données recueillies montrent que le recours à l'interprétariat professionnel demeure variable selon les situations de prise en charge (cf. pages 80 ; 101 ; 109 ; 123 ; 127 ; 132). Or, plusieurs travaux soulignent que l'interprétariat professionnel constitue un élément important de la qualité et de la sécurité des soins (*HAS 2017a ; Santana et Talvas 2022*). Le (*Défenseur des droits 2025*) rappelle que l'absence de recours à un interprétariat professionnel peut compromettre la qualité de la prise en charge en limitant la compréhension mutuelle entre patient·e et soignant·e, avec un risque d'erreurs diagnostiques, de répétition inutile d'examens, de mauvaise compréhension des informations médicales et, dans certains cas, d'absence de prise en charge adaptée. Les entretiens que nous avons réalisés vont dans le même sens. Les professionnel·les expliquent que les difficultés linguistiques ne concernent pas uniquement la transmission d'informations médicales. Elles peuvent également affecter l'ensemble de la relation de soin, notamment la confiance, le sentiment d'être compris et la capacité à s'orienter dans le système de santé. Or cette confiance apparaît plus haut comme l'un des facteurs majeurs influençant positivement le recours aux soins.

LA MÉDIATION EN SANTÉ CONSTITUE UN LEVIER IMPORTANT DU RECOURS ET DU MAINTIEN DANS LES SOINS

Parmi les facteurs facilitant le recours aux soins identifiés dans notre étude, la médiation en santé occupe une place centrale. Les professionnel·les rencontré·es la décrivent comme une ressource essentielle et particulièrement précieuse pour les personnes cumulant plusieurs vulnérabilités sociales, administratives, linguistiques ou résidentielles. Ils et elles montrent qu'elle facilite les démarches administratives, l'orientation dans le système de santé, la compréhension mutuelle et le maintien du lien avec les structures de soins. Au-delà de l'accompagnement des personnes, la médiation contribue également à créer des passerelles entre les personnes et les professionnel·les et institutions de santé, en favorisant une meilleure compréhension réciproque et une adaptation des réponses aux besoins et réalités des personnes concernées. Les médiateur·rices sont également décrit·es comme jouant un rôle important dans les transitions entre la PASS et les structures de droit commun, période souvent présentée comme particulièrement à risque de rupture des parcours (cf. pages 109-110 ; 149). Ces résultats rejoignent ceux de (*Khouani et al. 2022*) ainsi que les recommandations de la (*HAS 2017a*) qui identifient la médiation en santé comme un outil permettant de réduire les inégalités sociales de santé, de favoriser l'accès au droit commun et de limiter les ruptures de parcours.

Toutefois, les entretiens montrent également que les personnes sont de plus en plus obligées d'avoir recours aux associations ou autres structures type PASS en raison de la complexité des démarches administratives, des ruptures répétées de droits, de la dématérialisation des procédures ou encore des difficultés de compréhension du système de santé. Certain·es décrivent ainsi des personnes présentes depuis plusieurs années dans les dispositifs PASS malgré des tentatives répétées d'orientation vers le droit commun, ou encore contraintes d'y revenir lors de l'obligatoire renouvellement de leur protection maladie[62], trop complexe à faire seul·e (cf. pages 109 ; 114-115). **Si ces formes d'intermédiations permettent de réduire certaines barrières dans l'accès aux soins, elles ne peuvent se substituer à une action sur les facteurs structurels qui rendent son recours nécessaire**. La réduction de ces barrières permettrait aux personnes d'avoir une plus grande maîtrise de leur parcours de santé.

Enfin, nos résultats invitent à poursuivre la réflexion sur les conditions permettant de renforcer les savoirs et capacités des personnes concernées en matière de prévention, de soins et de connaissance du système de santé. Dans cette perspective, **de futurs travaux pourraient approfondir les connaissances sur les démarches d'autosoin[63] développées par les personnes concernées elles-mêmes qu'il s'agisse de préserver leur santé, s'orienter dans le système de soins ou mobiliser des ressources d'entraide** (par exemple les stratégies d'accès aux médicaments développées par les personnes confrontées à des obstacles de

62 L'AME notamment doit être renouvelée tous les ans, ce qui provoque de très nombreuses ruptures de protection maladie, génératrice de rupture et de renoncement à des soins.

63 Les autosoins sont un moyen pour les individus, les familles et les communautés de promouvoir et de maintenir leur propre santé, de prévenir les maladies et d'y faire face – avec ou sans le soutien d'un·e professionnel·le de santé ou d'un·e soignant·e (Organisation Mondiale de la Santé 2026).

coûts et règlementaires pour préserver l'observance du ou des traitements) (cf. pages 74-75 ; 85-87). Les pratiques d'autosoins identifiées, validées ou encouragées ne sauraient toutefois dédouaner les pouvoirs publics de mettre en place des dispositifs de santé suffisants et adaptés aux besoins des personnes. Une meilleure connaissance de ces pratiques permettrait de compléter les données actuellement disponibles sur les difficultés d'accès aux soins en mettant également en lumière les ressources, les compétences, les stratégies mobilisées par les personnes pour y faire face ainsi que les risques rencontrés.

STRATÉGIES D'AUTOSOIN ET POUVOIR D'AGIR : UN CHAMP À APPROFONDIR

Notre étude met également en évidence que les personnes concernées ne sont pas seulement confrontées à des obstacles d'accès aux soins, mais développent également de multiples stratégies pour préserver leur santé dans des contextes de forte précarité. **Si la contribution des accompagnements proposés par les PASS, les PMI, la médiation en santé ou les dispositifs d'aller-vers au renforcement du pouvoir d'agir des personnes a fait l'objet d'une documentation grandissante, les stratégies d'autosoin et de prévention développées par les personnes elles-mêmes méritent d'être étudiées davantage. L'analyse de ces mécanismes constituerait une piste de recherche pertinente pour mieux comprendre dans quelles conditions les dispositifs favorisent non seulement l'accès aux soins, mais également une appropriation durable des ressources du système de santé par les personnes accompagnées.**

Une telle approche contribuerait à mieux comprendre la place des savoirs expérientiels ainsi que les modalités de participation des personnes concernées dans les décisions relatives à leur santé ainsi que dans l'organisation des dispositifs qui les accompagnent. Ces questionnements rejoignent les travaux sur l'empowerment en santé, qui soulignent l'importance de renforcer les capacités d'action des personnes et des communautés dans les décisions qui concernent leur santé, conformément aux approches d'empowerment décrites par (*HAS 2017b ; Wallerstein et Duran 2006*).

LA COORDINATION TERRITORIALE COMME CONDITION DE L'ACCÈS ET DE LA CONTINUITÉ DES PARCOURS DE SOINS

DES PARCOURS DE SOINS QUI DÉPASSENT NÉCESSAIREMENT LE CADRE D'UN SEUL DISPOSITIF

La littérature montre que les PASS comme les PMI ont été conçues dès leur origine comme des dispositifs situés à l'interface de plusieurs secteurs d'intervention. La circulaire fondatrice des PASS rappelle leur vocation à articuler les acteur·rices sanitaires, sociaux, hospitaliers et libéraux. Plus récemment, la DGOS souligne que leur mission ne se limite pas à l'offre de soins de santé mais comprend également l'accompagnement social et l'orientation vers le droit commun. De manière comparable, les PMI reposent historiquement sur une approche pluridisciplinaire associant les champs du sanitaire et du social, participant au repérage et à l'accompagnement des situations de vulnérabilité (*DGCS 2016 ; DGOS 2022 ; Peyron et al. 2019*). Nos résultats illustrent concrètement cette analyse. Les professionnel·les rencontré·es décrivent des parcours de soins mobilisant simultanément ou successivement une pluralité d'acteur·rices. Dans les PASS, les équipes travaillent avec les services d'urgences, les consultations spécialisées, les caisses d'assurance maladie, les associations, les structures d'hébergement ou encore les professionnel·les de ville. Les professionnel·les de PMI décrivent également des collaborations avec les maternités, les centres de santé sexuelle, les PASS, les services sociaux, les écoles, les CMP et les CMPP (cf. pages 109 ; 124 ; 131-132 ; 151). Les situations évoquées dépassent souvent le seul champ médical. Les professionnel·les décrivent des personnes confrontées à plusieurs difficultés simultanées que nous avons déjà citées. **Les PASS et les PMI apparaissent ainsi comme des dispositifs d'interface permettant d'articuler les différentes ressources sanitaires, sociales et médico-sociales nécessaires à la continuité des parcours.**

LE RÔLE CENTRAL DU SUIVI POUR PRÉVENIR LES RUPTURES DE PARCOURS

Plusieurs travaux ont souligné que l'accès aux soins dépend non seulement de l'existence d'une offre de soins, mais également de la capacité des dispositifs à assurer la continuité des parcours. (*Geeraert 2018 ; Khouani et al. 2022 ; Legoff 2014 ; Rehbinder et al. 2025*) décrivent ainsi des difficultés récurrentes lors des orientations vers le droit commun et des risques de rupture dans les parcours des personnes en situation de précarité. Nos résultats rejoignent ces observations. Dans les PASS, les professionnel·les décrivent différents dispositifs destinés à limiter les ruptures de parcours : systèmes de reconvocation après un passage aux urgences,

travail des infirmier·es de coordination, accompagnement vers les consultations spécialisées ou encore les liens avec les médiateur·rices en santé. Plusieurs professionnel·les insistent également sur la nécessité d'accompagner les orientations et d'en assurer le suivi afin de limiter les ruptures de parcours et les renoncements aux soins. Ils soulignent notamment l'importance de vérifier que les orientations vers le droit commun se concrétisent effectivement (cf. pages 103-105 ; 109-110 ; 150). Les professionnel·les de PMI décrivent des préoccupations similaires. Les visites à domicile, l'accompagnement des femmes enceintes les plus vulnérables, les échanges avec les maternités et les partenaires ou encore le suivi des familles après certaines orientations sont présentés comme des moyens de maintenir le lien avec les personnes et de limiter les pertes de vue (cf. pages 125 ; 132 ; 136 ; 138). Comme nous l'avons vu précédemment, les données quantitatives sur le renoncement aux soins viennent renforcer ces constats en illustrant les conséquences des ruptures administratives, financières et institutionnelles décrites dans la littérature (cf. pages 70 ; 89 ; 91 ; 94 ; 123).

Enfin, un résultat transversal retrouvé dans les entretiens réalisés auprès des PASS et des PMI concerne le rôle de l'instabilité administrative et résidentielle dans les parcours de soins. Les changements fréquents d'hébergement, les ruptures de droits, les transferts géographiques ou encore l'errance résidentielle sont régulièrement décrits comme des facteurs pouvant compliquer le suivi et la continuité des prises en charge.

DES EXPÉRIENCES TERRITORIALES ILLUSTRANT LES BÉNÉFICES D'UNE COORDINATION STRUCTURÉE

Plusieurs travaux suggèrent que les coopérations territoriales constituent un levier important d'amélioration de l'accès aux soins. (*Geeraert 2017, 2018*) montre notamment que l'effectivité de l'accès aux soins dépend largement des configurations territoriales et de la qualité des coopérations construites entre acteur·rices. (*Khouani et al. 2022*) mettent également en avant l'intérêt de la médiation en santé pour faciliter l'intégration des personnes dans les parcours de soins de droit commun. La (*DGOS 2022*) encourage également le développement d'approches territoriales reposant sur les partenariats, l'accompagnement et les démarches d'aller-vers.

Les résultats de notre étude illustrent ces constats. Dans plusieurs PASS, les professionnel·les décrivent des partenariats étroits avec les urgences, les services spécialisés, les centres de santé ou encore les CPTS. Selon les personnes interrogées, ces collaborations facilitent les orientations, limitent certaines ruptures de parcours et favorisent l'accès aux ressources spécialisées. La présence de médiateur·rices en santé et d'infirmier·es de coordination est également décrite comme particulièrement utile dans les situations les plus complexes. Les observations réalisées dans les PMI vont dans le même sens. Les actions d'aller-vers mises en œuvre dans les foyers, hôtels, squats ou bidonvilles reposent sur des collaborations avec de nombreux partenaires. Les professionnel·les interrogé·es soulignent notamment l'importance des liens développés avec les maternités, les PASS, les centres de santé sexuelle, les structures hospitalières et les associations intervenant auprès des familles (cf. pages 125 ; 131 ; 151 ; 154). Si ces coopérations apparaissent comme un levier important d'amélioration de l'accès aux soins, leur efficacité reste conditionnée par l'existence d'une offre de soins suffisante sur les territoires. La coordination peut faciliter les parcours et limiter certaines ruptures, mais elle ne peut compenser à elle seule les insuffisances de ressources sanitaires ou médico-sociales.

PENSER L'ACCÈS AUX SOINS COMME UNE RESPONSABILITÉ COLLECTIVE DU TERRITOIRE

La littérature montre que les inégalités d'accès aux soins ne dépendent pas uniquement de l'offre médicale disponible : **Les travaux de (*Geeraert 2017, 2018 ; Khouani et al. 2022 ; Legoff 2014 ; Peyron et al. 2019*) montrent que l'accès effectif aux soins dépend également des ressources sanitaires, sociales et médico-sociales présentes sur les territoires, de l'organisation des acteur·rices et des partenariats développés localement**. Les professionnel·les de PASS et de PMI interrogés dans le cadre de notre étude décrivent régulièrement des difficultés dépassant largement le seul champ médical. Ainsi une multiplicité d'acteur·rices complémentaires (les médiateur·rices en santé, les interprètes professionnel·les, les travailleur·ses sociaux·ales, les associations ou encore les dispositifs d'aller-vers) est déterminante pour réduire les effets des inégalités sociales et administratives sur les parcours de soins. Ainsi, les résultats suggèrent que **l'amélioration de l'accès aux soins semble moins reposer sur l'action d'un dispositif isolé que sur la capacité d'un territoire à mobiliser de manière coordonnée l'ensemble de ses ressources sanitaires, sociales et médico-sociales**. Cette conclusion rejoint directement les enseignements de la littérature concernant la dimension collective et territoriale de la lutte contre les inégalités de santé.

Dans un contexte de recomposition des politiques publiques de santé et d'augmentation des inégalités sociales de santé, les dispositifs des **PASS et PMI constituent des espaces privilégiés d'intervention auprès des populations les plus exposées aux difficultés d'accès aux soins**. Par la gratuité des soins, leur ancrage territorial et leur approche médico-psycho-sociale globale, ils permettent de **lever une partie des barrières financières, géographiques et administratives** rencontrées par les populations les plus vulnérables. En articulant accompagnement social, ouverture des droits et continuité des soins, ces structures jouent également **un rôle d'interface entre les institutions**

sanitaires et des publics souvent éloignés du système de soins. Toutefois, l'analyse met en évidence **un écart croissant entre les missions qui leur sont confiées et les moyens humains, financiers et organisationnels dont elles disposent**.

CONCLUSION

Le sous-financement chronique, le désengagement progressif de l'État dans le secteur du social et de la santé et les fortes disparités territoriales fragilisent durablement ces dispositifs. Cette situation s'inscrit dans un contexte plus large de **recomposition des politiques publiques de santé marqué par des logiques de rationalisation budgétaire et de gestion de l'offre de soins, qui tendent à déplacer vers ces structures de première ligne la prise en charge de publics cumulant précarités sociales, administratives et sanitaires.** Cette fragilisation se traduit par **une dégradation de l'offre de soins, des ruptures dans les parcours de prise en charge, une surcharge des professionnel·les et, malgré l'engagement de nombreux·ses professionnel·les, par des pratiques de priorisation, de catégorisation, de tri, parfois de discrimination, qui entrent en tension avec les principes d'universalité et d'égalité d'accès aux soins.**

Ces dysfonctionnements contribuent à renforcer le renoncement aux soins, en particulier chez les personnes en situation de précarité et celles atteintes de pathologies chroniques, alimentant ainsi un cercle vicieux d'aggravation des inégalités sociales de santé. En ce sens, la fragilisation de ces dispositifs ne renvoie pas uniquement à leur fonctionnement interne : elle éclaire plus largement les mécanismes de production et de reproduction des inégalités sociales de santé, et interroge la capacité du système de santé français à tenir sa promesse d'universalité.

CHAPITRE 6

RECOMMANDATIONS

À L'ATTENTION DES INSTITUTIONS ET FINANCEURS : MINISTÈRES, ARS, CNAM, PRÉFECTURES, COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

Les personnes, les associations, les professionnel·les des structures de santé de première ligne que sont les PASS et les PMI sont confronté·es quotidiennement dans leurs pratiques à de nombreux obstacles, dont ceux liés à deux déterminants sociaux de santé majeurs, l'accès à une protection maladie, dépendant elle-même de la situation administrative de la personne, ainsi que l'accès à un hébergement ou logement digne - avec de lourdes conséquences sur la santé des personnes et leurs possibles parcours de soins.

Simplifier et faciliter l'accès aux droits :

- **Pour une assurance maladie véritablement universelle : fusionner l'assurance maladie et les dispositifs complémentaires publics (AME, C2S), en une protection maladie unique remboursant à 100 %** les frais de santé prescrits sans reste à charge et sans aucune condition ni discrimination ;
- **Simplifier et accélérer l'accès à un titre de séjour, à une demande d'asile, améliorer l'accueil et l'accompagnement des personnes étrangères en situation administrative précaire** ;
- **Supprimer le délai de carence** pour l'accès à la protection maladie des demandeur·ses d'asile, instauré par la réforme de 2019 ;
- **Simplifier et accélérer l'accès à une protection maladie tout en développant un travail de médiation et d'accompagnement des personnes**[64] ;
- **Financer et mettre en œuvre le service public de la domiciliation administrative**, qui est un obstacle absolument majeur dans certains territoires pour les personnes sans domicile stable, premier goulot d'étranglement pour l'accès à de nombreux droits.

Faciliter l'accès à un hébergement ou logement digne, stabiliser les parcours, accueillir les jeunes enfants :

Les conditions de vie très difficiles, l'absence de logement ou d'hébergement stable, salubre et pérenne, la mobilité souvent contrainte, parfois choisie, des personnes et des familles, les parcours subis d'errance administrative et géographique constituent des déterminants et obstacles majeurs auxquels se heurtent les personnes, les familles et les professionnel·les de santé et du social dans leurs missions d'accompagnement et de prise en charge.

- Mettre en place des **conditions dignes d'hébergement (pour tou·tes) et des conditions dignes d'accueil des exilé·es** permettant une stabilité et une continuité dans les parcours de vie et de santé des personnes et des familles : hébergement d'urgence, hébergement stabilisé, hébergement des demandeur·ses d'asile, avec une attention toute particulière pour les familles avec enfants ;
- **Prendre en compte l'importance de la stabilité et de la dignité du lieu de vie comme une condition essentielle du développement psychomoteur de l'enfant**, dans les politiques publiques concernées, notamment les politiques du logement hébergement et des politiques migratoires ;
- Développer des **lieux collectifs d'accueil inconditionnels de jeunes enfants de moins de trois ans** pour soutenir le développement de l'enfant et de la parentalité avec la présence de professionnel·les. Augmenter leurs moyens et en créer hors des centres villes.

64 Voir le Rapport de l'Observatoire de l'accès aux soins de MdM 2025.

Donner les moyens aux services publics des PASS hospitalières et PMI pour remplir leur mission, à la hauteur des besoins des populations (financements, moyens humains) :

Tel que le dit le Conseil d'État dans une décision du 5 mai 2026[65] :

*« Le Conseil d'État rappelle **qu'il appartient au gestionnaire d'un service public, afin de satisfaire l'intérêt général en vue duquel le service a été institué, de veiller à garantir le droit d'accès**, dans des conditions normales, des usager·es au service dans le respect du principe d'égalité, d'assurer la continuité du service et de procéder aux adaptations rendues nécessaires par l'exigence de mutabilité. Il doit notamment **corriger les dysfonctionnements qui affectent le service** et qui sont de nature à limiter de façon anormale le droit d'accès des usager·es ou à compromettre l'exercice par ces dernier·es des droits qui leur sont reconnus par la loi. »*

- Donner les moyens à ces services publics de premier recours que sont les PASS hospitalières et les PMI de remplir leur mission, de façon pérenne, à la hauteur des besoins des populations ;

- Garantir un **accès égal et équitable** pour tous·tes les usager·es **à ces services publics** indépendamment de leur statut administratif ou de leur situation sociale.

Pour les PASS hospitalières :

- Maintenir la diversité des modalités d'accès à l'hôpital public, notamment à travers le dispositif passerelle des PASS, dont le financement doit être sanctuarisé et pérennisé. Renforcer également la dotation mission d'intérêt général (MIG) précarité ;

- Financer dans les PASS :
  - des postes de médiateur·rices en santé, continuer à financer du travail social ;
  - le financement de moyens alloués à la coordination : au niveau de l'équipe socle mais aussi au niveau d'un temps cadre ;
  - le financement de moyens alloués aux activités mobiles, en plus et non à la place des activités sur site ;
  - la vérification que les moyens (et méthode de mise en œuvre) alloués à l'interprétariat professionnel sont suffisants.

- Face à l'ampleur des besoins et à la faiblesse des services existants, il est urgent de développer spécifiquement des PASS psy, permettant un accès à des soins psychologiques et psychiatriques pour les personnes en grande précarité, et des PASS dentaires, permettant un accès à des soins dentaires au-delà de l'arrachage de dent pour les personnes en grande précarité ;

- Continuer à améliorer et formaliser le lien PASS - service des urgences : informations réciproques, formations communes, moyens mis pour permettre l'orientation et la coordination entre les deux services.

Et plus largement :

- Les politiques publiques du système de santé devraient être fondées sur l'affirmation forte de missions de services publics de santé ;

- Garantir l'égalité de l'accès aux soins, notamment à l'hôpital public.

65 Décision n° 502860, Fédération des Acteurs de la Solidarité et autres, du 5 mai 2026.

Pour les PMI :

Ces structures sont des modèles à plusieurs égards : un rôle structurant dans la prévention et la réponse aux besoins de santé des enfants et des familles, en matière de santé périnatale, santé des enfants, santé sexuelle, dans la lutte contre la mortalité infantile et maternelle, contre les inégalités sociales et territoriales de santé, en termes de santé publique, de par leur dense maillage territorial et leurs méthodes d'intervention (aller vers, pluridisciplinarité, gratuité, inconditionnalité, universalisme proportionné).

- Reconnaître le dispositif des PMI comme **le service public essentiel à la politique publique de santé préventive périnatale et assurer leur viabilité ;**
- **Renforcer la reconnaissance, le pilotage et les moyens alloués aux PMI en repensant leur modèle de gouvernance et de financements, de manière pérenne** à partir des propositions des rapports Peyron, périnatalité, des propositions de la Plateforme pour un avenir de la PMI ;
- **Augmenter les effectifs** de professionnel·les des PMI, **notamment médecins pédiatres et psychologues**, dont le nombre est en baisse massive depuis les années 2010 ;
- Garantir et renforcer les normes existantes d'effectifs de professionnel·les médicaux·les répondant aux besoins de santé, au regard d'une couverture populationnelle ;
- **Revaloriser les statuts des professionnel·les de PMI** ;
- **Développer les PMI mobiles**, en lien avec les structures fixes pour garantir une couverture périnatale et de prévention effective pour les personnes isolées et éloignées des structures fixes.

Développer le recours à l'interprétariat professionnel en santé, y compris lors des premiers accueils des personnes et des familles :

- **Faire de l'interprétariat professionnel en santé une pratique de référence**, en l'intégrant systématiquement aux PRAPS et aux politiques régionales de santé ;
- **Garantir un financement pérenne et diversifié** des dispositifs d'interprétariat, incluant les actions de promotion et de sensibilisation auprès des professionnel·les ;
- **Faciliter et harmoniser l'accès aux dispositifs**, notamment par la simplification des modalités de recours et la mise à disposition d'un code d'accès unique ;
- **Développer l'information sur les droits des personnes allophones**, notamment par des supports multilingues et en FALC expliquant la possibilité de recourir à un·e interprète professionnel·le en santé ;
- **Organiser des campagnes de sensibilisation et de promotion** portées par les ARS sur les apports de l'interprétariat en santé sur les dispositifs existants, à destination des professionnel·les de santé et du médico-social, en lien notamment avec les Ordres professionnels, les URPS et les CPTS.

Soutenir les structures de santé de ville dans l'accueil, la prise en charge, la prévention auprès des publics en situation de précarité et socio-économiquement défavorisés :

- **Reconnaître, pérenniser et développer les structures d'exercice coordonné participatives (SECPA)** : ce sont des modèles de structures de santé de ville participatifs et pluridisciplinaires, qui ont au cœur de leur projet de santé la lutte contre les inégalités socio-économiques et territoriales de santé, les actions de prévention auprès des habitant·es du territoire, l'accompagnement et la médiation en santé, la prise en compte des facteurs socio-économiques et administratifs de vulnérabilité et de précarité, et la participation des personnes et des habitant·es ;

- **Favoriser le développement de PASS de ville** selon l'organisation territoriale de l'offre de santé de proximité, leur permettre la possibilité d'organiser des consultations de soins de santé primaires, et les pérenniser ;

- **Financer et soutenir les actions, projets, réseaux, qui soutiennent et encouragent les professionnel·les de ville** (libéraux·ales, centres et maisons de santé, SECPA…) **à accueillir et prendre en charge les personnes et familles en situation de précarité** : mise en réseau, information / sensibilisation, soutien aux professionnel·les médicaux·les et paramédicaux·les sur les problématiques administratives et sociales rencontrées par les patient·es ;

- **Reconnaitre le métier de médiateur·rice en santé** : reconnaissance métier, formation qualifiante, rémunérations, financements des postes.

Renforcer et clarifier l'offre de soin :

- Garantir le **remboursement intégral de toutes les méthodes contraceptives** ;

- Permettre un **accès inconditionnel à l'EVARS** (Éducation à la Vie Affective, Relationnelle et à la Sexualité) : renforcer son déploiement auprès de tous les publics précaires (notamment en hébergement d'urgence et en structures de premier recours) ;

- **Renforcer l'effectivité de l'IVG par aspiration en PMI et structures de proximité** : élargir son déploiement hors de l'hôpital (en simplifiant les conventions hospitalières et en levant les freins administratifs) pour permettre un véritable choix de la méthode et désengorger les services hospitaliers saturés ;

- **Lever les barrières pratiques à l'IVG** : cibler formellement les freins administratifs ou abusifs persistants (comme l'exigence d'imagerie lourde non obligatoire) et l'intégration systématique des leviers logistiques d'accompagnement (transport, garde d'enfants). Proposer des parcours simplifiés pour les personnes précaires ;

- **Renforcer et mettre en place des « unités mobiles de prévention et de promotion de la santé multi-thématiques »** intégrant contraception, dépistage des cancers, information sur les violences, accès aux droits ;

- **Renforcer la lisibilité de l'offre de soins** sur les territoires :

  - **Développer des campagnes avec messages de prévention et de promotion de la santé contextualisés** : multilingues, adaptés socialement et culturellement, diffusés sur des canaux réellement utilisés par les personnes ;

  - **Co-construire les messages de prévention et de promotion de la santé avec les associations et les personnes concernées, afin d'être non discriminants et cohérents avec leurs conditions de vie** ;

  - **Sanctuariser des financements pérennes** : la logique des appels à projets pour les structures associatives est très insécurisante et empêche de construire dispositifs et partenariats dans la durée. Les associations du Planning familial, dont de beaucoup gèrent historiquement des centres de santé sexuelle, devraient être soutenues et pérennisées.

Développer des recherches ou études sur les stratégies d'autosoin et de prévention développées par les personnes elles-mêmes :

L'analyse de ces mécanismes constituerait une piste de recherche pertinente pour mieux comprendre dans quelles conditions les dispositifs peuvent favoriser non seulement l'accès aux soins, mais également une appropriation durable des ressources du système de santé par les personnes accompagnées. Cela permettrait également de documenter les leviers et ressources que le système de santé pourrait mobiliser afin de renforcer l'accessibilité, l'acceptabilité et la pertinence de l'offre de services.

À L'ATTENTION DES PROFESSIONNEL·LES DE SANTÉ ET DU SOCIAL, DES PASS, PMI ET ASSOCIATIONS

Renforcer la coordination, le travail en partenariat, les alliances entre acteur·rices de terrain, de services publics et associatifs, dans un contexte de plus en plus en tension :

- Développer des alliances entre professionnel·les des services publics et associatifs, pour une **défense commune de services publics répondant aux besoins, accueillants et non discriminants** ;

- Renforcer le **travail en commun, la coopération et les partenariats entre les associations et les structures de santé de droit commun hospitalières et départementales, dans ce contexte de plus en plus en tension.**

Ces pratiques existent déjà dans de nombreux territoires mais paraissent de plus en plus nécessaires dans le contexte de restrictions et tensions actuelles, pour mieux se connaître, pour l'accompagnement des personnes et des familles, pour mieux dialoguer et négocier avec les institutions de tutelles, avec les complémentarités associations/institutions. Et pourtant, en période de restrictions budgétaires les instances de coordination qui notamment favorisent ces pratiques sont menacées.

Lutter contre les discriminations et les refus de soins discriminatoires dans un contexte de raréfaction des ressources pour les services publics et de priorisation contrainte des patient·es :

Dans un contexte de plus en plus tendu et où les ressources sont en diminution pour les services publics, où les inégalités et les besoins des publics tendent à augmenter, où se développent rapidement une offre de soins payante et financiarisée, de nombreuses structures et professionnel·les se retrouvent dans des situations où ils et elles ne peuvent objectivement plus remplir leur mission de service public de santé universel et proportionné à la hauteur des besoins. Comment prioriser les personnes à accueillir et prendre en charge, sur quels critères, avec quels types de décisions, afin que cela ne soit pas discriminatoire ?

- **Renforcer la formation initiale et continue des professionnel·les de santé sur les déterminants sociaux, la précarité et la promotion de la santé, les stéréotypes, biais et discriminations en santé, ainsi que sur la santé environnementale ;**

- **Construire et prendre les décisions en staff pluridisciplinaire avec les professionnel·les médico-psycho-sociaux**, pour qu'elles **ne reposent pas sur une seule personne, sur des critères discriminatoires, sur un certain arbitraire** ;

- Les décisions ou grille de décisions devraient notamment :
  - reposer sur des critères d'abord médicaux ;
  - reposer sur des critères de vulnérabilité médico-sociale ;
  - être toujours au bénéfice de la personne, et non pas basé sur un critère discriminatoire tel que défini par la loi ;
  - se référer aux codes de déontologie médicale et sociale, ainsi qu'au droit de la non-discrimination ;
  - respecter le cadre règlementaire protection maladie et prise en charge financière des soins.

- Créer un **Observatoire national des discriminations**, incluant celles qui s'exercent dans le système de santé ;
- **Développer ou promouvoir des initiatives existantes à destination des professionnel·les de santé et du social pour mieux identifier** et combattre les discriminations, y compris dans les premiers accueils des structures.

Développer le recours à l'interprétariat professionnel en santé, y compris lors des premiers accueils des personnes et des familles :

Promouvoir l'interprétariat professionnel en santé auprès des professionnel·les de santé et du médico-social, quel que soit le lieu/type d'exercice, et promouvoir le droit des personnes allophones :

- Intégrer l'interprétariat professionnel en santé dans la formation initiale des acteur·rices de la santé et du médico-social ;
- Mobiliser les Ordres professionnels, les unions régionales des professionnel·les de santé libéraux (URPS), les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) afin de les informer de l'existence de ce dispositif et les encourager à communiquer auprès des professionnel·les ;
- Permettre aux personnes allophones d'avoir connaissance de leur droit quant à la mise à disposition et l'utilisation de l'interprétariat professionnel en santé.

Renforcer des pratiques adaptées en santé sexuelle :

- **Renforcer l'offre en matière de contraception :**
  - Aborder la contraception à chaque point de contact avec les personnes précarisées ;
  - Étendre la prescription et la délivrance anticipée de la **contraception d'urgence anticipée (PCUA)** pour les publics vulnérables, capitalisant sur les expérimentations menées sur le terrain ;
  - Informer sur la contraception de façon adaptée, en partant des préoccupations et des incompréhensions exprimées par les personnes -en proposant dans la palette des solutions possibles l'espacement des naissances ;
  - Organiser des groupes d'échanges et de soutien entre pair·es ;
  - Former les professionnel·les de santé et du social à parler santé sexuelle et reproductive avec des personnes précarisées à partir des réalités concrètes vécues par les personnes – et notamment promouvoir l'espacement des naissances.
- **Repérer les violences et la santé sexuelle en première ligne** : intégrer systématiquement le dépistage et l'accompagnement dès les premiers contacts dans les PASS et les PMI ;
- **Généraliser les outils d'auto-soin (auto-tests, auto-prélèvements papillomavirus humains (HPV), contraception d'urgence accessible)**, recommandés par l'OMS, mais encore trop peu déployés en France.

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

- Alonso, Peggy, Christelle Bénard, Ophélie Berger, Micheline Boivineau, Stéphanie Chiffoleau, Cécile Garrigues, Géraldine Goure, Pierre Suesser, et Chantal de Vitry (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, Nadia. 2022. Protection maternelle et infantile (PMI) : un recul de l'activité et une forte baisse des effectifs de médecins entre 2016 et 2019. Études et résultats. 1227. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/protection-maternelle-et-infantile-pmi-un

- ANSM. 2024. « Décision du 24/09/2024 portant application d'une partie de la réglementation des stupéfiants et fixant des durées de prescription (tramadol/codéine) ». https://ansm.sante.fr/actualites/decision-du-24-09-2024-portant-application-dune-partie-de-la-reglementation-des-stupefiants-et-fixant-des-durees-de-prescription-tramadol-codeine

- ANSM. 2025. « Actualité - Tramadol et codéine : les nouvelles règles de prescription et délivrance entrent en vigueur le 1er mars 2025 ». https://ansm.sante.fr/actualites/tramadol-et-codeine-les-nouvelles-regles-de-prescription-et-delivrance-entrent-en-vigueur-le-1er-mars-2025

- Aron, Julien, Jérémy Geeraert, et Caroline Izambert. 2021. « L'accueil des patients étrangers à l'hôpital sous le feu croisé des réformes comptables et des politiques d'immigration ». Revue française des affaires sociales (4):77-96. doi:10.3917/rfas.214.0077. https://shs.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2021-4-page-77?lang=fr&tab=sujets-proches

- Audiger, Céline, Laure Fonteneau, Julie Plaine, Guillaume Heuzé, Olivier Catelinois, Sophie Raguet, Philippe Pépin, Sophie Vaux, Anne-Sophie Barret, et Stéphanie Barré-Pierrel. 2025. « Prévention du cancer du col de l'utérus en France : état des lieux de la vaccination et du dépistage et analyse des disparités territoriales, 2020-2023 ». *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* (3-4). https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2025/3-4/2025_3-4_1.html

- Battaglia, Mattea, et Solène Cordier. 2025. « En difficulté, la protection maternelle et infantile se mobilise ». novembre. https://www.lemonde.fr/societe/article/2025/11/05/en-difficulte-la-protection-maternelle-et-infantile-se-mobilise_6652049_3224.html

- Blanco-Cazeaux, Iñaki. 2023. « Quatre essais sur les déterminants des inégalités d'accès aux soins en France ». Thèses, Université de Bordeaux. https://theses.hal.science/tel-04419240v1/file/BLANCO-CAZEAUX_INAKI_2023.pdf

- Burnel, Philippe, et Philippe Calmette. 2019. Le modèle économique de l'interprétariat linguistique en santé | Igas. 2018-128R. IGAS - Inspection générale des affaires sociales. https://www.igas.gouv.fr/Le-modele-economique-de-l-interpretariat-linguistique-en-sante

- Cainne, Perrine. 2012. « Chapitre 3. La difficile application du droit fondamental aux soins pour tous dans le système sanitaire français : un défi éthique et politique majeur ». Journal International de Bioéthique 23(2):33-44. doi:10.3917/jib.232.0033. https://shs.cairn.info/article/JIB_232_0033?lang=fr&ID_ARTICLE=JIB_232_0033

- Chaupain-Guillot, Sabine, Olivier Guillot, et Eliane Jankeliowitch-Laval. 2014. « Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : une analyse à partir des données de l'enquête SRCV ». Économie et Statistique (n° 469-470). https://www.insee.fr/fr/statistiques/2122367?sommaire=1377989&q=soins+dentaires

- CNDH Romeurope. 2026. Antitsiganisme et discriminations en bidonville - Luttons contre les idées reçues! https://www.romeurope.org/wp-content/uploads/2026/01/VF-mep-antitsiganisme_6JANV_web.pdf

- Collectif interassociatif (2026). Rapport interassociatif sur l'accès à l'hébergement et aux soins des personnes sans domicile gravement malades dans le Bas-Rhin. https://adsv.fr/wp-content/uploads/2026/02/260213-Rapport-Inter-associatif-VF_compressed.pdf

- Collectif Nos Services Publics. 2026. *Travailler dans le service public: enquête sur le vécu des agent·es public·ques*. https://nosservicespublics.fr/Rapport-H&M-NSP.pdf

- Conseil de l'Europe. 2006. « Recommandation Rec(2006)10 du Comité des Ministres aux États membres relative à un meilleur accès aux soins de santé pour les Roms et les Gens du voyage en Europe ». https://www.coe.int/fr/web/roma-and-travellers/health

- Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis. 2022. « Projet de service Equipe Mobile de PMI | Direction Enfance Famille ».

- Défenseur des droits 2025. Rapport - prévenir les discriminations dans les parcours de soins: un enjeu d'égalité. Défenseur des droits. doi:978-2-11-179159-6 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, Catherine, et Monica Saucedo. 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. 7. Études et enquêtes. Santé Publique France. https://cress-umr1153.fr/wp-content/uploads/2024/04/2024-04_Les-morts-maternelles-en-France_EPOPE.pdf

- Desprès, Caroline. 2012. Le renoncement aux soins pour raisons financières | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 119. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/le-renoncement-aux-soins-pour-raisons-financieres

- Desprès, Caroline. 2013. « Significations du renoncement aux soins : une analyse anthropologique ». *Sciences sociales et santé* 31(2):71-96. doi:10.1684/sss.2013.0205. https://shs.cairn.info/article/SSS_312_0071

- Desprès, Caroline, Paul Dourgnon, Romain Fantin, et Florence Jusot. 2011. « Dépense de santé et accès financier aux services de santé : une étude du renoncement aux soins ». Questions d'économie de la santé Irdes (170). https://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes170.pdf

- DGCS. 2016. Protection maternelle et infantile, soutien à la fonction parentale, protection de l'enfance et modes d'accueil. Direction Générale de la Cohésion Sociale. https://snuter-fsu.fr/wp-content/uploads/2016/06/rapport_pmi_dgcs_mai2016-6ff.pdf

- DGOS. 2022. « INSTRUCTION N° DGOS/R4/2022/101 du 12 avril 2022 relative au cahier des charges des permanences d'accès aux soins de santé hospitalières (PASS) ». https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/I_instruction_du_12_avril_2022_pass.pdf

- DIHAL. 2023. « État des lieux national et éléments de bilan Résorption des bidonvilles » https://blog.resorption-bidonvilles.dihal.gouv.fr/blog-r%C3%A9sorption-bidonvilles/%C3%A9tat-des-lieux-2023-et-bilan-des-actions-de-r%C3%A9sorption-de-bidonvilles/

- Doncarli, Alexandra, Sarah Tebeka, Nolwenn Regnault, et Anne Moulin. 2026. Santé mentale des femmes en période périnatale en France en 2021 : résultats issus des enquêtes nationales ENP, ENP-DROM et Epifane | Santé Publique France. Études et enquêtes. Santé Publique France. https://www.santepubliquefrance.fr/sante-mentale/depression-et-anxiete/enquetesetudes/sante-mentale-des-femmes-en-periode-perinatale-en-france-en-2021-resultats-issus-des-enquetes

- DREES. 2025. « Activités et personnels des services de PMI fin 2023 ». https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse-jeux-de-donnees/jeux-de-donnees/activites-et-personnels-des-services-de-pmi

- Dutton, Paul 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):104-18. doi:10.3917/rfas.244.0104. https://shs.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2024-4-page-104

- 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

- Fisher, William A., Jeffrey D. Fisher, et Jennifer Harman. 2003. « The Information-Motivation-Behavioral Skills Model: A General Social Psychological Approach to Understanding and Promoting Health Behavior ». P. 82-106 in *Social Psychological Foundations of Health and Illness*. John Wiley & Sons, Ltd

- Fondation pour le logement. 2025. L'état du mal-logement à la Réunion.

- France Culture. 2025. « Des Francs-Moisins au Campra : en Seine-Saint-Denis, les bidonvilles persistent : épisode 21/39 du podcast Les lieux de l'éco ». France Culture. https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/entendez-vous-l-eco/bidonvilles-de-seine-saint-denis-8658095

- France Inter. 2024. « Les inégalités de santé aggravées chez les personnes expulsées des lieux de vie "informels" ». France Inter. https://www.radiofrance.fr/franceinter/podcasts/l-info-de-france-inter/l-info-de-france-inter-5381131

- Gasquet-Blanchard, Clélia, et Raphaël Moine. 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):225-40. doi:10.3917/rfas.213.0225. https://shs.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2021-3-page-225?lang=fr

- Geeraert, Jérémy. 2017. « La question sociale en santé : L'hôpital public et l'accès aux soins des personnes en marge du système de santé en France à l'aube du XXe siècle ». Thèses, Université Sorbonne Paris Cité. https://theses.hal.science/tel-02372103

- Geeraert, Jérémy. 2018. « La prise en charge par l'hôpital des populations à la marge du système de santé en France : l'exemple des Permanences d'accès aux soins de santé ». Saúde e Sociedade 27:654-69. doi : https://doi.org/10.1590/S0104-12902018180550

- Geeraert, Jérémy. 2022. « Dans la salle d'attente du système de santé. Enquête dans les permanences d'accès aux soins de santé ». Lectures. doi:10.4000/lectures.55020 https://pur-editions.fr/product/5501/dans-la-salle-d-attente-du-systeme-de-sante

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

- Gosselin, Anne, et Mathieu Ichou. 2026. « Les inégalités sociales de santé au fil du temps et des générations ». P. 331-52 in Trajectoires et Origines 2 : Diversité des populations et inégalités sociales en France, Grandes Enquêtes, édité par C. Beauchemin, M. Ichou, et P. Simon. Paris: Ined Éditions. https://books.openedition.org/ined/26415?lang=fr

- Halley des Fontaines, Virginie, et Dominique Kerouedan. 2020. « Santé des migrants ». Actualité et dossier en santé publique - Revue ADSP (111). https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad1111462.pdf

- HAS. 2017a. « Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé ». https://www.has-sante.fr/jcms/c_2746031/fr/interpretariat-linguistique-dans-le-domaine-de-la-sante

- HAS. 2017b. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins - référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801497/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins

- IGAS. 2026. *Organisation de la périnatalité dans les territoires : affirmer une logique de santé publique*. 2025-012R. https://www.igas.gouv.fr/organisation-de-la-perinatalite-dans-les-territoires-affirmer-une-logique-de-sante-publique

- INSEE. 2023. « Depuis 2015, la mortalité infantile en France est supérieure à la moyenne européenne ». (301). https://www.insee.fr/fr/statistiques/7627069#figure3_radio1

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

- INSERM, ANRS, et MIE. 2024. Contexte des sexualités en France - Premiers résultats de l'enquête CSF-2023. https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2024/11/rapp_CSF_web.pdf

- Institut national du Cancer et Santé Publique France. 2023. Baromètre Cancer 2021. Attitudes et comportements des Français face au cancer. https://www.cancer.fr/toute-l-information-sur-les-cancers/comprendre-les-cancers/les-facteurs-de-risque/barometre-cancer

- Ipsos. 2024. « Santé : un accès aux soins de plus en plus difficile en France ». https://www.ipsos.com/fr-fr/sante-un-acces-aux-soins-de-plus-en-plus-difficile-en-france

- 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

- Izambert, Caroline. 2016. « Logiques de tri et discriminations à l'hôpital public : vers une nouvelle morale hospitalière ? » Agone 58(1):89-104. doi:10.3917/agone.058.0089 https://shs.cairn.info/revue-agone-2016-1-page-89?tab=resume

- Khouani, Jérémy, Christophe Bertrand, Eugénie Launay, Maeva Jégo, Pascal Auquier, et Clémence Tabélé. 2022. « État des lieux des pratiques d'orientation des patients vers le système de santé de droit commun, à la suite d'une prise en charge en permanence d'accès aux soins de santé Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire ». Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 10-21. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/1/2022_1_2.html

- Lachenal, Guillaume, Céline Lefève, et Vinh-Kim Nguyen. 2014. La médecine du Tri. Histoire, éthique, anthropologie. PUF. Cahiers du Centre Canguilhem. https://www.puf.com/la-medecine-du-tri-histoire-ethique-anthropologie

- Lapinte, Aude. 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. 10. DREES Méthodes. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/drees-methodes/la-mesure-du-renoncement-aux-soins-est-tres-sensible-la-formulation-des

- Legoff, Sophie. 2014. « L'accès des patients précaires au parcours de soins de droit commun. Étude qualitative d'une population de consultants de la permanence d'accès aux soins de santé de Bobigny » Université Paris Nord. https://pratiques.fr/IMG/pdf/these_pass_avc_sophie_le_goff_2014.pdf

- Lehoux, Joanne. 2025. « L'Assurance maladie bloque les dossiers d'aide médicale des personnes sans-papiers ». https://www.streetpress.com/sujet/1764584276-assurance-maladie-bloque-dossiers-aide-medicale-personnes-sans-papiers-securite-sociale

- Levesque, Jean-Frédéric, Mark F. Harris, et Grant Russell. 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. doi:10.1186/1475-9276-12-18. https://link.springer.com/article/10.1186/1475-9276-12-18

- MacDonald, Sue-Ann, Philippe-Benoît Côté, Stéphanie Houde, Annie Fontaine, et Elisabeth Greissler. 2022. « Saisir l'itinérance au prisme des ruptures sociales et des expériences de fragilisation ». *Revue du CREMIS* 13(2):35-41. https://cremis.ca/publications/articles-et-medias/saisir-litinerance-au-prisme-des-ruptures-sociales-et-des-experiences-de-fragilisation/

- Médecins du Monde. 2010. *État des lieux des PASS dans 23 villes où Médecins du Monde est présente*. France. https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-06/MdM_Etat_des_lieux_de_PASS_2010.pdf

- 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/

- Médecins du Monde. 2025. Rapport de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins. Renouer avec la promesse de la sécurité sociale de 1945 : pour un accès de tou·tes à la santé et protection maladie véritablement universelle. Médecins du Monde. https://www.medecinsdumonde.org/ressources/publications-scientifiques%20/

- Organisation mondiale de la Santé. 2026. « Autosoins pour la santé et le bien-être ». https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/self-care-health-interventions

- Peyron, Michèle, Bénédicte Jacquey-Vazquez, Pierre Loulergue, et Cécile Poissy. 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

- Piet, Emmanuelle. 2016. « Protection maternelle et infantile, centres de planification : santé sexuelle et modalités d'intervention ». La Santé en action, 24-26. https://www.santepubliquefrance.fr/sante-sexuelle/article/protection-maternelle-et-infantile-centres-de-planification-sante-sexuelle-et-modalites

- Planning Familial. 2026. « Avorter aujourd'hui en France, quelles réalités ? Baromètre 2026 sur l'accès à l'avortement en France ». https://www.planning-familial.org/fr/le-planning-familial/deuxieme-barometre-sur-lacces-lavortement-en-france-3051

- Poirot-Mazères, Isabelle. 2021. « Le renoncement aux soins ». P. 37-60 in *Le renoncement en droit public, Actes de colloques de l'IFR*, édité par N. Jacquinot. Toulouse: Presses de l'Université Toulouse Capitole. https://books.openedition.org/putc/14545?lang=fr

- Prud'homme, Dorothée. 2021. « La racialisation des patient·es « roms » par les médecins urgentistes : Invisibilisation des précarités et révélation des ambitions professionnelles ». Actes de la recherche en sciences sociales 239(4):50-65. doi:10.3917/arss.239.0050. https://shs.cairn.info/revue-actes-de-la-recherche-en-sciences-sociales-2021-4-page-50

- Rehbinder, Alexandra, Hélène de Champs-Léger, Louis Crozier, Guillaume Rieutord, et Hélène Lelong. 2025. « Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) : dispositifs de prise en charge des plus précaires » MTSI 5(4). doi:10.48327/mtsi.v5i4.2025.729. https://revuemtsi.societe-mtsi.fr/index.php/bspe-articles/article/view/729

- Richard, Elodie. 2023. « Condition d'efficacité de la médiation en santé pour favoriser le recours aux services de santé des populations éloignées du système de santé ». Université de Bordeaux. https://theses.hal.science/tel-04402711

- Sannino, Nadine, Julie Biga, Thierry Kurth, Denise Bauer, et Elise Picon. 2016. « Comment améliorer les parcours de soins des publics « précaires » ? Le point de vue des usagers ». ADSP (96). https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad960408.pdf

- Santana, Lilia, et Romain Talvas. 2022. Discriminations et santé : Lutter contre les discriminations pour réduire les inégalités de santé. Fabrique Territoires Santé. https://www.fabrique-territoires-sante.org/wp-content/uploads/2022/07/DR-DISCRIMINATIONS-ET-SANTE%CC%81.pdf

- Speed, Olivia. 2024. Le rôle de la médiation en santé dans la lutte contre l'antitsiganisme | Mémoire de Diplôme universitaire de médiation en santé / Olivier Bouchaud. Université Sorbonne Paris Nord.

- Squats et bidonvilles. s. d. Consulté 9 juillet 2026. https://www.trajectoires-asso.fr/expertises/squats-et-bidonvilles

- UNICEF. 2026. Présidentielle 2027 : après l'échec du « zéro enfant à la rue », l'urgence d'agir. https://www.federationsolidarite.org/ressources/barometre-des-enfants-a-la-rue-2026/

- Wallerstein, Nina B., et Bonnie Duran. 2006. « Using Community-Based Participatory Research to Address Health Disparities ». Health Promotion Practice 7(3):312-23. doi:10.1177/1524839906289376. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16760238/

- Warin, Philippe (2009). Une approche de la pauvreté par le non-recours aux droits sociaux. Lien social et Politiques, (61), 137-146. https://doi.org/10.7202/038479ar

- Warin, Philippe. 2014. « Le non-recours : éléments de définition et de présentation des enjeux ». Les Politiques Sociales 34(2):108-21. doi:10.3917/lps.143.0108.

MÉTHODOLOGIE DU BAROMÈTRE

MÉTHODOLOGIE DU RECUEIL DE DONNÉES DES CENTRES FIXES

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

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

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

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

LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES SOINS PRIMAIRES

Lors des consultations médicales, les diagnostics sont établis à partir de la classification internationale des soins primaires (CISP)[1]. Cet outil, reconnu par l'OMS, a été créé par la Wonca (Association internationale des médecins de famille) dans le but de qualifier et de coder de manière standardisée :

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

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

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

A Général et non spécifié[2]
B Sang, système hématopoïétique / immunologie (Blood, sang)
D Système Digestif
F Œil
H Oreille (Hearing, audition)
K Cardiovasculaire
L Ostéoarticulaire (Locomotion)
N Neurologique
P Psychologique
R Respiratoire
S Peau (Skin, peau)
T Métabolique, nutrition, endocrinien
U Système Urinaire
W Grossesse, accouchement, planning familial (Woman, femme)
X Système génital féminin et sein (Chromosome X)
Y Système génital masculin et sein (Chromosome Y)
Z Social[3]

1 Pour plus d'informations sur la CISP, se référer au site internet du CISP-Club.
2 Cette catégorie regroupe tous les symptômes et maladies qui ne peuvent être classés par appareil ou famille d'organes selon la logique de la CISP. On y retrouve par exemple des symptômes généraux (fièvre, douleur) ; des maladies infectieuses (tuberculose, rougeole, varicelle, etc.) quand elles ne sont pas classables ailleurs ; des cancers quand le cancer primitif n'est pas diagnostiqué ; mais aussi les polytraumatismes, les effets secondaires des médicaments, les allergies non pulmonaires et non cutanées, etc.
3 Cette catégorie n'est pas utilisée lors de la consultation médicale, la dimension sociale étant abordée dans le dossier social de la personne.

Sept rubriques (symptômes, diagnostics et procédures ou actes médicaux réalisés pendant la consultation), identifiables dans chaque chapitre par un code couleur :
Symptômes et plaintes – **vert** : codes 01 à 29
Procédures – **gris** : codes 30 à 69
Diagnostics ou maladies : codes 70 à 99
Maladies infectieuses – **jaune**
Tumeurs et néoplasmes – **bleu clair**
Lésions traumatiques – **rose**
Anomalies congénitales – **bleu foncé**
Autres diagnostics – **violet**
Chaque item correspond à l'association d'une lettre (chapitre/appareil anatomique) et d'un **nombre** (correspondant à une rubrique).

Exemples :
*Peur du VIH : **B 25** (**B** = sang, système hématopoïétique, immunologie / **25** = code spécifique / rubrique symptôme ou plainte (vert)).*

*Angine aiguë : **R 76** (**R** = respiratoire et **76** = code spécifique / rubrique infection (jaune)).*

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

Exemples :
*Résultats d'analyse sanguine dans le cadre d'un bilan de HTA : **K 60** (**K** = cardiovasculaire / **60** = code spécifique procédure (gris)).*

*Rencontre de suivi pour une épilepsie traitée : **N 63** (**N** = neurologique / **63** = code spécifique procédure (gris)).*

*Avis au sujet d'une prise en charge de grossesse : **W 45** (**W** = grossesse, accouchement et planification familiale / **45** = code spécifique procédure (gris)).*

Remarques :
L'ORL est répartie entre les chapitres :

Respiratoire *(exemples : saignement de nez / épistaxis R06 ; sinusite aiguë / chronique R75) ;*

Oreille *(exemples : otalgie H01 ; otite moyenne aiguë H71 ; surdité H86…) ;*

Digestif *(exemple : oreillons D71).*

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

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

ANALYSE GLOBALE DES DONNÉES

L'analyse des données des centres fixes est confiée au cabinet de conseil en santé publique Sigia[4]. Le traitement et l'analyse des données ont été réalisés à l'aide du logiciel statistique R (version 4.5.3).

Sauf indication spécifique, les indicateurs présentés tout au long du rapport ont été calculés pour l'ensemble des personnes consultant dans les Centres fixes en 2025 (ensemble de la file active). En annexe, ces indicateurs sont de nouveau présentés pour l'ensemble de la file active, ainsi que pour chaque Centre fixe individuellement. La moyenne des valeurs de chaque Centre fixe est également indiquée, elle permet de quantifier l'indicateur en attribuant le même poids à chaque Centre fixe, quelle que soit la taille de sa file active.

ANALYSE DES DONNÉES RECUEILLIES AVEC LA CISP

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

Dans une première phase, l'analyse des données médicales a été réalisée à partir de l'ensemble des consultations réalisées au cours de l'année 2025 dans le but d'estimer le poids respectif de chacune des pathologies sur l'ensemble des consultations. Il ne s'agit pas ici de prévalences dans la mesure où, au cours d'un même passage, certain·es patient·es ont pu bénéficier de plusieurs consultations ou se présenter aux consultations à plusieurs reprises au cours de l'année. Dans la suite des analyses, le traitement des données médicales n'est plus réalisé à partir de l'ensemble des consultations délivrées, mais à partir des patients venus consulter, cela dans le but d'obtenir une estimation plus précise des prévalences des différents types d'affections dans ces populations.

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

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

4 www.sigia.pt

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

LIMITES ET BIAIS

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

Certains indicateurs présentés dans ce rapport reposent sur des taux de réponse faibles. Les résultats correspondants doivent être interprétés avec prudence : ils ne reflètent que la situation des personnes pour lesquelles l'information a été renseignée. En effet, il se peut que les personnes pour lesquelles l'information est manquante diffèrent des personnes ayant répondu (par exemple en termes d'âge ou de type de pathologie), ce qui expose ces résultats à un biais de non-réponse (biais de sélection).

MÉTHODOLOGIE DU FOCUS

Pour réaliser le focus du Rapport de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins 2026, nous avons mené une étude[1] entre novembre 2025 et mai 2026 reposant sur trois volets thématiques composés de sept enquêtes complémentaires conduites auprès de populations et publics différents. Cette démarche comprenait :

- Un volet sur le renoncement aux soins des personnes reçues par MdM avec :
  - Une enquête quantitative, via un questionnaire administré à 206 personnes accueillies dans 10 projets MdM, répartis dans huit régions où MdM est présente,
  - Complétée par une enquête qualitative, au moyen de 12 entretiens semi-directifs.
- Un volet sur la fréquence des maladies chroniques et des retards de recours aux soins s'appuyant sur une analyse complémentaire de données de routine issues du Dossier patient informatisé (DPI).
- Un volet sur l'accès des patient·es aux permanences d'accès aux soins de santé (PASS) hospitalières et aux centres de protection maternelle et infantile s'appuyant sur :
  - Deux enquêtes quantitatives, une concernant les PASS et une autre concernant les PMI, renseignées par des équipes MdM (17 projets) dans 12 régions où MdM est présente : ces questionnaires concernent 38 PASS hospitalières et 13 PMI.
  - Deux enquêtes qualitatives par entretiens semi-directifs : 11 entretiens au total ont été réalisés auprès de 15 professionnel·les de six PASS hospitalières et cinq PMI ;
  - Une enquête quantitative auprès d'habitantes de bidonvilles en Seine-Saint-Denis

ENQUÊTES EN LIEN AVEC LE RENONCEMENT AUX SOINS

OBJECTIFS

Le renoncement aux soins désigne ici la situation dans laquelle une personne, bien qu'elle ressente un trouble ou constate un désordre corporel ou psychique, ne sollicite pas les services de soins ou les professionnel·les de santé, ou ne suit pas l'intégralité des soins qui lui ont été prescrits[2]. L'objectif de l'enquête est de contribuer à la compréhension des mécanismes qui conduisent à un renoncement aux soins et des stratégies mises en œuvre par les personnes rencontrées pour gérer leur santé malgré ce renoncement. Pour ce faire, une analyse des renoncements aux soins a été réalisée en les mesurant et en les caractérisant avec une approche genrée. L'analyse a également inclus les stratégies adoptées par les personnes répondantes pour gérer leur santé dans ce contexte de renoncement aux soins.

Nous avons étudié (enquête quantitative) les facteurs sociodémographiques des personnes ayant répondu au questionnaire ainsi que la fréquence et les motifs du renoncement aux soins. Nous avons exploré également (enquête qualitative) les expériences de soins, la présence et les types et raisons de renoncement, les interactions avec les professionnel·les, les stratégies d'adaptation, la confiance envers le système de santé et les facteurs influençant l'adhésion ou le renoncement aux traitements.

Ces enquêtes ont reçu un avis favorable du comité d'Éthique de la Recherche de l'Université Paris Cité (CER U-Paris Cité) (Cf. annexe 4 p. 184).

ENQUÊTE QUANTITATIVE

Au sein de la file active des personnes accueillies dans le cadre des activités de Médecins du Monde, un questionnaire anonyme a été systématiquement proposé lors de leur accueil pendant la période d'étude définie d'une durée d'une à trois semaines. Le questionnaire a été proposé aux personnes rencontrées au moment de l'enquête, sans sélection préalable ni tirage au sort. Les résultats permettent ainsi de mieux comprendre la situation des personnes ayant participé à l'enquête, mais ne peuvent pas nécessairement être généralisés à l'ensemble de la population concernée.

1 Les questionnaires et trames d'entretien sont disponibles sur demande.
2 Pour plus de détails et de références bibliographiques sur les renoncements barrières et refus voir le chapitre « Du renoncement aux soins, aux pratiques et savoirs des personnes concernées » p. 67.

Chaque nouvelle personne consentante s'est vu administrer ce questionnaire en amont ou à l'issue de sa prise en charge. Ce questionnaire a été rendu disponible en plusieurs langues (anglais, amharique, arabe, dari, espagnol, français, kurde sorani, pashto, portugais, roumain, russe, somali, tigrinya). Les questionnaires pouvaient être administrés avec l'appui d'un·e membre de l'équipe ou d'un·e interprète lorsque cela était nécessaire. Les réponses recueillies dans une autre langue que le français ont ensuite été traduites par ces intermédiaires avant leur saisie dans la base de données.

Les données du questionnaire papier ont été saisies sur Kobotoolbox par deux personnes différentes. Si des codages étaient divergents, un retour vers le questionnaire papier permettait d'attribuer la réponse correcte. L'analyse des données a été réalisée sur le logiciel Excel.

ENQUÊTE QUALITATIVE

Cette enquête exploratoire a reposé sur la réalisation d'entretiens semi-directifs d'une durée maximale de quarante-cinq minutes, menés en mars 2026. Ces entretiens ont été conduits auprès de deux profils : des personnes ayant déclaré avoir renoncé ou différé des soins, et des intervenant·es associatif·ves qui les accompagnent.

Les sites de collecte ont été sélectionnés au regard de leur pertinence vis-à-vis des enjeux d'accès aux dispositifs de santé dans les territoires où MdM est présent, ainsi qu'à la suite d'un appel à volontariat lancé auprès des équipes de Médecins du Monde en régions visant à identifier les équipes disponibles et dont les besoins opérationnels étaient en adéquation avec la démarche. Les entretiens ont ainsi été menés dans trois régions différentes.

Le recrutement des personnes qui ont été interrogées a été fait par les équipes MdM dans chaque site. L'échantillonnage reposait sur la diversité des profils et sur la recherche de la saturation des données au regard des objectifs de l'étude. Ainsi, après une première vague d'entretiens révélant les difficultés financières comme principal motif de renoncement, le recrutement a été orienté vers des personnes concernées par d'autres motifs afin d'en approfondir l'analyse et d'atteindre la saturation des données.

La participation était volontaire, encadrée par une note d'information et conditionnée au recueil du consentement. Une compensation (ticket restaurant) était prévue afin de limiter les contraintes liées à la participation.

Au total, 10 entretiens réalisés auprès de huit personnes concernées et deux intervenant·es de santé (un·e professionnel·le de santé des urgences psychiatriques et un·e intervenant·e associatif·ve) ont été réalisés par le référent sciences sociales de MdM et enregistrés avec le consentement des participant·es. L'ensemble des enregistrements a été retranscrit à l'aide de Word (dans l'environnement informatique sécurisé de Médecins du Monde), puis comparé à l'audio d'origine afin de corriger les éventuelles imprécisions. L'analyse s'est déroulée en trois étapes :

- Le codage a été réalisé sous QDA Miner : attribution de catégories aux verbatims les plus significatifs ; repérage des thèmes et sous-thèmes pré-identifiés, ou émergence de nouveaux thèmes et sous-thèmes. Cela a conduit à l'élaboration d'une typologie de causes de renoncement, des alternatives de soins mises en place, des facteurs facilitateurs du recours aux soins, et des conséquences perçues sur la santé.
- Analyse de convergences et divergences entre les discours des différents profils par sous-thème.
- Mise en perspective des analyses saillantes avec les connaissances scientifiques issues de la revue de littérature.

CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

Afin de mesurer la fréquence des maladies chroniques et des retards de recours aux soins parmi les personnes rencontrées, huit équipes opérationnelles utilisant le dossier patient informatisé (DPI) ont renforcé la collecte de données entre le 17 novembre et le 12 décembre 2025. Durant cette période, les médecins réalisant des consultations médicales étaient invité·es à remplir le plus précisément possible l'ensemble des pathologies présentées par chaque personne y compris celles qui ne constituaient pas le motif de la consultation médicale du jour.

Les questions concernées sont incluses dans les formulaires de saisie des consultations médicales.

- Diagnostic : code CISP
- Statut en attente ou confirmé.
- Pathologie aiguë, chronique2, ne sait pas ?
- Un traitement ou un suivi serait-il nécessaire ou accessoire ?
- Le problème de santé aurait-il dû être traité plus tôt (oui/non) ?
- Retard de soins estimé par les médecins

Huit projets fixes et mobiles de Médecins du Monde ont participé à cette collecte renforcée. Les analyses présentées portent donc exclusivement sur les personnes ayant consulté dans le cadre de ces projets. Durant la période d'étude, 777 consultations médicales ont été réalisées auprès de 690 patient·es.

Cette collecte a été conduite selon le même cadre réglementaire de protection des données personnelles et sensibles que celui appliqué pour le baromètre présenté dans ce rapport. Les données analysées sont issues du Dossier Patient Informatisé (DPI) et ont fait l'objet d'une exploitation selon une méthodologie identique à celle retenue pour le baromètre.

La méthode d'analyse utilisée par le cabinet SIGIA est identique à celle du baromètre.

ENQUÊTES SUR LES MODALITÉS D'ACCÈS AUX PASS ET PMI

Ce volet avait pour objectif de documenter les modalités d'accès aux PASS et aux PMI sur des territoires d'intervention de Médecins du Monde. Pour répondre à cet objectif, deux enquêtes complémentaires ont été menées, l'une auprès des équipes MdM (par questionnaire, méthode quantitative), l'autre auprès de professionnel·les de PASS et de PMI (par entretiens semi-directifs, méthode qualitative).

ENQUÊTE QUANTITATIVE AUPRÈS DES ÉQUIPES MDM SUR L'ACCÈS AUX PASS HOSPITALIÈRES ET PMI

Une enquête à destination des équipes opérationnelles de MdM a documenté les modalités d'accueil des patient·es orienté·es par MdM dans les PASS et les PMI, telles qu'observées par MdM. Deux questionnaires ont été élaborés : un questionnaire spécifique aux PASS hospitalières généralistes et un questionnaire spécifique pour les PMI.

Les équipes opérationnelles étaient invitées à renseigner entre une et cinq PASS, sélectionnées parmi celles vers lesquelles elles orientaient le plus fréquemment les personnes accompagnées. Lorsque plusieurs projets orientaient vers une même PASS, un unique questionnaire était complété de manière concertée par les équipes concernées. Ce choix méthodologique visait à recueillir un seul questionnaire par PASS décrite, et à éviter de surreprésenter certaines structures dans l'analyse. Le questionnaire spécifique PMI était complété selon les mêmes modalités (un à cinq maximum par territoire). Les deux questionnaires ont été remplis par les acteur·rices MdM qui réalisent les orientations vers PASS et/ou PMI (travailleur·ses sociaux, bénévoles, coordinateur·rice projet, etc.). Les équipes étaient libres de compléter les questionnaires de manière collective ou de désigner une personne chargée d'y répondre au nom de l'équipe. Au total, les résultats présentés reposent sur 38 questionnaires portant sur des PASS et 13 questionnaires portant sur des PMI, renseignés par les équipes de MdM.

Les thèmes abordés par les questionnaires concernaient l'accessibilité théorique, l'accessibilité réelle, la prise en charge proposée et la qualité de la prise en charge. Quelques questions ne concernaient pas une PASS ou une PMI mais se rapportaient au territoire entier couvert par le projet MdM.

Les questionnaires ont été testés par des personnes de différents terrains d'intervention de MdM afin de s'assurer que les questions étaient compréhensibles et d'estimer le temps nécessaire à son remplissage. À l'issue du test, plusieurs questions ont été reformulées, ajoutées ou supprimées.

Lee questionnaires ont été mis en ligne via la plateforme Kobotoolbox et les équipes opérationnelles ont été invitées à le compléter par mail. Un guide explicatif rappelant les objectifs de cette collecte et les modalités pour y répondre était partagé en même temps que le lien vers les questionnaires. Le questionnaire concernant les PASS a été rempli du 28 janvier au 10 mars 2026. Le questionnaire concernant les PMI a été rempli du 12 février au 16 mars 2026.

L'analyse des données issues de ces questionnaires a été réalisée avec le logiciel Excel. Elle reposait sur une analyse descriptive des différentes variables, à partir du calcul et de la présentation des fréquences, des pourcentages, ainsi que des moyennes et médianes.

ENQUÊTE QUALITATIVE PASS ET PMI

Afin de décrire l'organisation des soins généraux, les modalités d'accueil, de priorisation et d'orientation vers d'autres dispositifs de santé des patient·es, des entretiens semi-directifs recueillant les expériences, les pratiques, les difficultés, les contraintes et les leviers des professionnel·les des structures PMI et PASS ont été réalisés entre le 2 mars et le 13 mai 2026.

Les sites de collecte ont été identifiés au regard des enjeux d'accès effectif aux dispositifs de santé dans les territoires desservis par les projets de MdM et des caractéristiques de ces structures, ainsi que d'un appel à volontariat lancé auprès de toutes les équipes des terrains d'intervention de MdM. En effet, la priorité a été donnée à des entretiens avec des professionnel·les déjà identifié·es par les équipes des terrains d'intervention de MdM ou déjà en lien avec elles. Les entretiens ont duré de 45 min à 1h. Ils ont tous été enregistrés, avec le consentement des personnes, puis retranscrits à l'aide de Word (dans l'environnement informatique sécurisé de Médecins du Monde), puis comparées à l'audio d'origine pour corriger d'éventuelles imprécisions.

Au total, 11 entretiens semi-directifs ont été menés, auprès de 15 professionnel·les :

- Huit professionnel·les de PASS : trois médecins, un·e médecin chef·fe, trois infimier·es, un·e conseiller·e en économie sociale et familiale ;
- Sept professionnel·les de PMI : deux sages-femmes, deux médecins de PMI, une puéricultrice, un·e médecin responsable de pôle, un·e responsable de secteur.

L'analyse s'est déroulée en trois étapes :

- Le codage a été réalisé sous QDA Miner Lite : attribution de catégories aux verbatims les plus significatifs ; repérage des thèmes et sous-thèmes pré-identifiés, ou émergence de nouveaux thèmes et sous-thèmes ;
- Analyse de convergences et divergences entre les discours des différents profils par sous-thème ;

- La synthèse des éléments saillants a été réalisée selon deux approches complémentaires :
    - Comparative, en analysant les thèmes et sous-thèmes communs aux profils des PASS et des PMI, afin de mettre en évidence les convergences et divergences dans les discours recueillis ;
    - Spécifique, en examinant comment chaque thème et sous-thème se manifeste dans les discours propres à chaque type de structure, pour en dégager les particularités.

ENQUÊTE QUANTITATIVE EN BIDONVILLE (ACCÈS PMI)

L'objectif spécifique de cette enquête était de documenter les perceptions des personnes vivant dans plusieurs bidonvilles concernant la qualité et l'accessibilité aux PMI sur le territoire de la Seine-Saint-Denis.

Le questionnaire se base sur la théorie IMB (*information, motivation, behavior*) qui axe les questions sur la capacité ou le potentiel d'agir des personnes et séquence aussi les différents facteurs qui permettent aux personnes de recourir (ou non) à des soins : leurs connaissances personnelles, leur capacité/motivation et enfin leurs compétences ou comportements réels sur ce sujet (*Fisher et al., 2003*). Aucune donnée personnelle identifiante ou sensible n'a été collectée.

Les personnes des bidonvilles de Seine-Saint-Denis où MdM intervient ont été invitées à participer à l'étude lors des interventions par l'équipe de la mission bidonville. Le questionnaire était aussi traduit en roumain. En présence d'un·e interprète, un membre extérieur à l'équipe posait les questions aux personnes et remplissait le questionnaire en version papier. La collecte auprès de 49 personnes a été réalisée entre le 09 et le 25 février 2026 lors de 9 sorties.

Les questionnaires papier ont été saisis sur la plateforme Kobotoolbox par deux personnes différentes. Si des codages étaient divergents, un retour vers le questionnaire papier permettait d'attribuer la réponse correcte.

L'analyse des résultats est présentée dans l'encart « Services de PMI et habitant·es de bidonvilles en Seine-Saint-Denis: des parcours facilités par la médiation en santé, malgré des obstacles persistants » (Cf. pages 127-130).

LIMITES DE L'ÉTUDE

Cette étude présente plusieurs limites qui doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats.

Tout d'abord, **la période de collecte relativement courte des enquêtes** ne permet pas d'apprécier l'évolution des situations observées dans le temps ni le suivi des personnes concernées.

Ensuite, **le nombre limité de participant·es ou de structures incluses dans l'étude** réduit la précision des résultats et limite la possibilité de réaliser certaines analyses, notamment des comparaisons entre sous-groupes.

Par ailleurs, **le recours à un échantillonnage de convenance**, avec l'inclusion des personnes ou structures disponibles au moment de l'enquête, peut introduire un biais de sélection. L'échantillon obtenu n'étant pas nécessairement représentatif de l'ensemble de la population concernée, les résultats ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble de cette population.

L'ensemble des terrains d'intervention de Médecins du Monde n'a pas été couvert par l'étude. Les résultats reflètent donc les situations observées sur les territoires étudiés et peuvent ne pas rendre compte de toute la diversité des contextes d'intervention de l'association.

Enfin, Les **différences dans les modalités de collecte des données, ainsi que les biais liés aux données déclaratives** lorsque les informations reposent sur les réponses des personnes interrogées.

Enfin, **les résultats relatifs aux PASS et aux PMI reflètent le point de vue des équipes de Médecins du Monde ayant renseigné les questionnaires**. Ils ne permettent donc pas de rendre compte directement de la perception ou des pratiques des professionnel·les exerçant au sein de ces structures. Par ailleurs, les résultats concernant les PMI reposent sur un nombre limité de questionnaires (n = 13) et doivent être interprétés comme des résultats descriptifs ne pouvant être généralisés à l'ensemble des PMI.

Par ailleurs, la **proportion parfois importante de réponses « ne se prononce pas »** sur certaines thématiques, notamment concernant les demandes de suivi des patient·es vulnérables (DSUV) ou les réorientations vers d'autres structures, suggère une connaissance partielle de certaines pratiques internes aux PASS et aux PMI par les équipes interrogées. Cette visibilité limitée peut avoir influé sur les résultats observés pour certains indicateurs.

Ces différents éléments invitent à interpréter les résultats avec prudence, tout en permettant d'identifier des tendances et des enjeux utiles pour mieux comprendre les situations étudiées et orienter les réflexions et actions futures.

ACCORD COMITÉ ÉTHIQUE

Université Paris Cité

CER U-Paris Cité

(**C**omité d'**É**thique de la **R**echerche)

Président : Christophe Blaison
Vice-présidente : Anne-Caroline Fiévet (anne-caroline.fievet@u-paris.fr)

N° 2025-135-POVEDA-CAMIER

PROTOCOLE: Étude mixte sur le renoncement aux soins des personnes reçues par Médecins du Monde en France en 2026.

Noms du/des chercheur(s) : Juan-Diego Poveda, Aurore Camier

Email pour la correspondance : juan-diego.poveda@medecinsdumonde.net; aurore.camier@medecinsdumonde.net

Labo / service : Médecins du Monde

Évalué le 27 février 2026

AVIS : Favorable

L'avis du CER U-Paris Cité n'exonère pas des formalités réglementaires et légales. A cet égard, il vous appartient notamment, si vous traitez des données se rapportant à un individu directement ou indirectement identifiable, de vous conformer au règlement européen sur la protection des données (RGPD) en vigueur depuis 2018. Pour cela, avant le lancement de votre recherche, vous devez obtenir l'avis du/de la DPD (délégué.e. à la protection des données) de votre établissement.
Nous vous rappelons que le numéro d'enregistrement au registre des activités de traitement vous sera réclamé par les revues avant publication.

Les investigateurs faisant appel aux services du CER U-Paris Cité s'engagent à lui signaler tout événement non anticipé survenant en cours d'étude. Ces éléments seront utilisés aux fins d'amélioration des futurs services et conseils que le CER U-Paris Cité pourrait donner.

N° IRB : IORG0010120-2025-135

Christophe Blaison



Email : cer@u-paris.fr; secrétaire : David Brami : david.brami@u-paris.fr

Consultations infirmières ou prévention (d)	**204**	**1 043**	**316**	**141**	**98**	**52**	**23**	**0**	**117**	**274**	**364**	**189**	**2 821**
% de toutes les consultations	*7,2 %*	*37 %*	*11,2 %*	*5 %*	*3,5 %*	*1,8 %*	*0,8 %*	*0 %*	*4,1 %*	*9,7 %*	*12,9 %*	*6,7 %*	*100 %*
Nombre de patient·es différent·es	190	819	289	118	86	50	20	0	115	243	217	163	2 310
Nombre moyen de consultations par patient·e	1,1	1,3	1,1	1,2	1,1	1,0	1,1		1,0	1,1	1,7	1,2	1,2
Entretiens sociaux (e)	1 848	306	541	1 204	1 199	807	908	1 605	121	2 963	414	789	12 705
% de toutes les consultations	14,5 %	2,4 %	4,3 %	9,5 %	9,4 %	6,4 %	7,1 %	12,6 %	1 %	23,3 %	3,3 %	6,2 %	100 %
Nombre de personnes différentes	904	205	323	887	777	425	654	1 115	103	1 761	213	459	7 826
Nombre moyen d'entretiens par personne	2,0	1,5	1,7	1,4	1,5	1,9	1,4	1,4	1,2	1,7	1,9	1,7	1,6

(a) La file active correspond au nombre de personnes différentes ayant eu au moins une consultation ou un entretien d'accueil au cours de l'année.
(b) Consultations psychologiques ou psychiatriques
(c) Spécialités rencontrées en 2025 : ophtalmologie/optique (Grenoble), cardiologie (Bordeaux et Saint-Denis).
(d) Inclu les consultations infirmières et les consultations DSSR (droits et santé sexuels et reproductifs)
(e) Inclu les entretiens sociaux, les entretiens mineur·es non accompagné·es et les entretiens de droit au séjour pour soin des étranger·es malades.

ACTIVITÉS PAR CENTRES FIXES

	Bordeaux	Grenoble	Lyon	Marseille	Montpellier	Nancy	Nice	Paris	Rouen	Saint-Denis	Strasbourg	Toulouse	Ensemble
File active (a)	1 628	1 006	1 016	1 319	1 173	657	1 099	1 617	409	2 178	384	1 070	13 556
Consultations réalisées en 2025	4 202	2 461	1 928	2 388	2 467	1 677	1 935	3 571	295	5 572	1 168	2 240	29 904
Nombre de patient·es différent·es	1 530	1 001	940	1 246	1 152	650	1 031	1 601	213	2 152	365	996	12 877
Consultations de médecine Générale	1 781	953	1 047	984	714	773	888	1 615	0	1 751	390	905	11 801
% de toutes les consultations	*15,1 %*	*8,1 %*	*8,9 %*	*8,3 %*	*6,1 %*	*6,6 %*	*7,5 %*	*13,7 %*	*0 %*	*14,8 %*	*3,3 %*	*7,7 %*	*100 %*
Nombre de patient·es différent·es	1 017	702	789	678	518	457	600	1 261	0	1 239	232	662	8 155
Nombre moyen de consultations par patient·e	1,8	1,4	1,3	1,5	1,4	1,7	1,5	1,3		1,4	1,7	1,4	1,4
Consultations psychiques (b)	359	0	0	0	0	45	116	351	0	483	0	357	1 711
% de toutes les consultations	*21 %*	*0 %*	*0 %*	*0 %*	*0 %*	*2,6 %*	*6,8 %*	*20,5 %*	*0 %*	*28,2 %*	*0 %*	*20,9 %*	*100 %*
Nombre de patient·es différent·es	128	0	0	0	0	15	24	123	0	171	0	125	586
Nombre moyen de consultations par patient·e	2,8					3,0	4,8	2,9		2,8		2,9	2,9
Autres consultations de spécialités (c)	0	155	0	0	0	0	0	0	0	87	0	0	242
% de toutes les consultations	0 %	64 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	36 %	0 %	0 %	100 %
Nombre de patient·es différent·es	0	113	0	0	0	0	0	0	0	69	0	0	182
Nombre moyen de consultations par patient·e		1,4								1,3			*1,3*
Consultations dentaires	0	0	0	0	456	0	0	0	0	0	0	0	456
% de toutes les consultations	*0 %*	*0 %*	*0 %*	*0 %*	*100 %*	*0 %*	*0 %*	*0 %*	*0 %*	*0 %*	*0 %*	*0 %*	*100 %*
Nombre de patient·es différent·es	0	0	0	0	205	0	0	0	0	0	0	0	205
Nombre moyen de consultations par patient·e					2,2								2,2

ANALYSES PAR CENTRES FIXES

BORDEAUX

Nombre de personnes reçues (a)	% ensemble personnes reçu.es en centres fixes	Nombre de consultations					
		Médecine générale	Psychiques	Autres spécialités	Dentaires	Infirmières ou prévention	Entretiens sociaux
1 628	12 %	1 781	359	0	0	204	1 848

(a) La file active correspond au nombre de personnes différentes ayant eu au moins une consultation ou un entretien d'accueil au cours de l'année.

Thème Indicateur Modalité	Ville		Autres centres fixes		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Démographie						
Genre (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Femmes	710	43,6 %	4 358	36,5 %	5 068	37,4 %
Âge (taux de réponse : ville 99.9 %, ensemble centres fixes 99.9 %)						
Médiane	36		34.7		34.8	
Classes d'âge (taux de réponse : ville 99.9 %, ensemble centres fixes 99.9 %)						
< 18	151	9,3 %	1 060	8,9 %	1 211	8,9 %
18-39	854	52,5 %	6 718	56,4 %	7 572	55,9 %
40-59	487	30 %	3 358	28,2 %	3 845	28,4 %
60 et plus	134	8,2 %	781	6,6 %	915	6,8 %
Ressortissant·es étranger·es (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Étranger·es	1 607	98,7 %	11 741	98,4 %	13 348	98,5 %
Groupe continental (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Afrique subsaharienne	664	40,9 %	5 010	42 %	5 674	41,9 %
Maghreb	373	23 %	4 079	34,2 %	4 452	32,9 %
Europe hors UE	232	14,3 %	767	6,4 %	999	7,4 %
Proche et Moyen-Orient	72	4,4 %	447	3,7 %	519	3,8 %
Union européenne	217	13,4 %	638	5,4 %	855	6,3 %
Océanie et Amériques	30	1,8 %	216	1,8 %	246	1,8 %
Asie	37	2,3 %	768	6,4 %	805	5,9 %
Nationalités les plus représentées (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Algérie	214	13,1 %	2 795	23,4 %	3 009	22,2 %
Bulgarie	124	7,6 %	22	0,2 %	146	1,1 %
RDC	97	6 %	603	5,1 %	700	5,2 %
Géorgie	96	5,9 %	167	1,4 %	263	1,9 %
Nigéria	83	5,1 %	261	2,2 %	344	2,5 %
Immigration						
Durée de séjour en France des consultant·es étranger·es (a) (taux de réponse : ville 92.9 %, ensemble centres fixes 95.6 %)						
0 à 90 jours inclus	415	27,8 %	3 470	30,8 %	3 885	30,4 %
3 à moins de 6 mois	133	8,9 %	1 408	12,5 %	1 541	12,1 %
6 à moins de 12 mois	100	6,7 %	1 011	9 %	1 111	8,7 %
12 mois à moins de 2 ans	187	12,5 %	1 359	12,1 %	1 546	12,1 %
2 ans et plus	658	44,1 %	4 019	35,7 %	4 677	36,7 %

Thème Indicateur Modalité	Ville		Autres centres fixes		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Situation au regard du séjour (b), (c), (d) (taux de réponse : ville 71.4 %, ensemble centres fixes 75.9 %)						
Situation irrégulière	295	49,5 %	3769	67,5 %	4064	65,8 %
Demandeur·ses d'asile (b), (e) (taux de réponse : ville 79.8 %, ensemble centres fixes 77 %)						
Dépôt ou tentative de dépôt	373	55,1 %	1 935	31,6 %	2 308	34 %
Environnement économique						
Activité rémunérée en France chez les plus de 16 ans (b) (taux de réponse : ville 82.6 %, ensemble centres fixes 79.8 %)						
Activité rémunérée	83	11,6 %	1 620	26,5 %	1 703	24,9 %
Environnement physique						
Situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 87.9 %, ensemble centres fixes 81.6 %)						
Logement personnel	41	4,9 %	542	8 %	583	7,6 %
Famille, ami·es ou solidaire	392	46,5 %	3 742	55,1 %	4 134	54,2 %
Organisme ou association	188	22,3 %	738	10,9 %	926	12,1 %
Squat ou bidonville	69	8,2 %	353	5,2 %	422	5,5 %
À la rue ou hébergement d'urgence	153	18,1 %	1 416	20,9 %	1 569	20,6 %
Ressenti situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 81.2 %, ensemble centres fixes 79.3 %)						
Temporaire ou instable	553	71 %	4 488	67,6 %	5 041	67,9 %
Environnement social						
Parentalité chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 85.5 %, ensemble centres fixes 81.5 %)						
Parent d'enfant(s) mineur·e(s)	238	32,7 %	1 716	28,5 %	1 954	28,9 %
Situation familiale chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 81.6 %, ensemble centres fixes 79.2 %)						
Vit seul·e avec enfant(s) mineur·e(s)	49	7,1 %	289	4,9 %	338	5,1 %
Vit seul·e sans enfant mineur·e	479	69 %	4 252	72,4 %	4 731	72,1 %
Vit en couple avec enfant(s) mineur·e(s)	64	9,2 %	544	9,3 %	608	9,3 %
Vit en couple sans enfant mineur·e	102	14,7 %	786	13,4 %	888	13,5 %
Comportements individuels et expériences						
Renoncement aux soins (b) (taux de réponse : ville 55.8 %, ensemble centres fixes 51.5 %)						
Renoncement au cours des 12 derniers mois	46	8,6 %	642	15 %	688	14,3 %
Dépistage VIH (f) (taux de réponse : ville 4.3 %, ensemble centres fixes 9.1 %)						
Antécédent de dépistage VIH	9	31 %	156	28,4 %	165	28,5 %
Contraception (g) (taux de réponse : ville 31.1 %, ensemble centres fixes 32.6 %)						
Utilisation contraception chez femmes de 15 à 49 ans concernées	9	10 %	86	14,2 %	95	13,6 %
Accès au système de santé						
Éligibilité couverture maladie (b) (taux de réponse : ville 72.1 %, ensemble centres fixes 75.1 %)						
PUMa ou AME	490	70,9 %	4 008	63,3 %	4 498	64 %
PUMa	240	34,7 %	1 033	16,3 %	1 273	18,1 %
AME	250	36,2 %	2 975	47 %	3 225	45,9 %
Droits effectifs couvertures maladie (b) (taux de réponse : ville 61.2 %, ensemble centres fixes 71 %)						
PUMa ou AME	153	26,1 %	742	12,3 %	895	13,5 %
PUMa	105	17,9 %	427	7,1 %	532	8 %
AME	48	8,2 %	315	5,2 %	363	5,5 %
Droits ouverts chez personnes éligibles (b) (taux de réponse : ville 81.2 %, ensemble centres fixes 93 %)						
PUMa ou AME	146	36,7 %	703	18,6 %	849	20,3 %
PUMa	97	50,3 %	386	40,5 %	483	42,1 %
AME	43	21 %	285	10,1 %	328	10,8 %
Domiciliation (b) (taux de réponse : ville 78 %, ensemble centres fixes 78 %)						
Besoin d'une domiciliation administrative	114	15,2 %	1 823	27,9 %	1 937	26,6 %

Thème Indicateur Modalité	Ville		Autres centres fixes		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins (b) (taux de réponse : ville 68.7 %, ensemble centres fixes 60.9 %)						
Difficultés administratives	224	34 %	1 647	32,7 %	1 871	32,8 %
Méconnaissance des droits et des structures	189	28,7 %	1 677	33,3 %	1 866	32,8 %
Barrière linguistique	172	26,1 %	1 250	24,8 %	1 422	25 %
Difficultés financières	170	25,8 %	854	17 %	1 024	18 %
Aucun droit possible	76	11,5 %	1 052	20,9 %	1 128	19,8 %
État de santé consultations de médecine générale						
Principaux chapitres de la CISP-2 liés aux diagnostics (h) (taux de réponse : ville 76.3 %, ensemble centres fixes 84.1 %)						
Respiratoire	160	20,6 %	1 022	16,8 %	1 182	17,2 %
Ostéoarticulaire	144	18,6 %	1 201	19,8 %	1 345	19,6 %
Digestif	132	17 %	1 324	21,8 %	1 456	21,2 %
Peau	98	12,6 %	789	13 %	887	12,9 %
Général et non spécifié	90	11,6 %	755	12,4 %	845	12,3 %
Diagnostics définis comme chroniques par les médecins au cours de l'année (taux de réponse : ville 38.7 %, ensemble centres fixes 46.9 %)						
Patient·es avec un diagnostic ou plus défini comme chronique	200	50,8 %	2 065	60,2 %	2 265	59,2 %
Diagnostics avec retard de recours aux soins d'après les médecins (taux de réponse : ville 39.2 %, ensemble centres fixes 48.4 %)						
Patient·es avec un diagnostic ou plus avec retard de recours aux soins	69	17,3 %	1 448	40,8 %	1 517	38,4 %
Urgence de la prise en charge d'après les médecins (taux de réponse : ville 39.8 %, ensemble centres fixes 47.4 %)						
Consultations nécessitant une prise en charge urgente ou assez urgente	154	21,8 %	1 942	39,8 %	2 096	37,5 %

(a) Durée entre la date de dernière entrée en France et la date de première consultation ou entretien en 2025.
(b) Situation lors de l'entretien d'accueil pour les personnes dont la première visite a eu lieu en 2025.
(c) Parmi les personnes étrangères majeures.
(d) Sans titre de séjour ou sans autorisation de séjour en France ; titre de séjour dans un autre pays européen et depuis plus de 3 mois en France.
(e) Parmi les personnes étrangères hors Union européenne.
(f) Situation lors de la première consultation de médecine générale pour les personnes dont la première consultation a eu lieu en 2025.
(g) Patientes âgées de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'une consultation de médecine générale ou d'un entretien DSSR en 2025. Les patientes enceintes ou considérées comme non concernées au cours d'une consultation du fait par exemple d'un désir de grossesse ou de l'absence de menstruations ont été exclues de l'analyse.
(h) En nombre et pourcentage de patient·es ayant présenté à au moins une reprise en 2025 un diagnostic associé au chapitre.
Le chapitre de la CISP-2 « général et non spécifié » regroupe les symptômes, plaintes, diagnostics et motifs de consultation qui ne sont pas spécifiques à un appareil anatomique. Cette catégorie inclut, entre autres, les symptômes généraux, tels que la fatigue ou les douleurs généralisées ainsi que les infections générales (telles que tuberculose ou rougeole).

GRENOBLE

Nombre de personnes reçues (a)	% ensemble personnes reçu.es en centres fixes	Nombre de consultations					
		Médecine générale	Psychiques	Autres spécialités	Dentaires	Infirmières ou prévention	Entretiens sociaux
1 006	7.4 %	953	0	155	0	1 043	306

(a) La file active correspond au nombre de personnes différentes ayant eu au moins une consultation ou un entretien d'accueil au cours de l'année.

Thème Indicateur Modalité	Ville		Autres centres fixes		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Démographie						
Genre (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Femmes	421	41,8 %	4 647	37 %	5 068	37,4 %
Âge (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 99.9 %)						
Médiane	30.6		35.1		34.8	
Classes d'âge (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 99.9 %)						
< 18	170	16,9 %	1 041	8,3 %	1 211	8,9 %
18-39	581	57,8 %	6 991	55,8 %	7 572	55,9 %
40-59	205	20,4 %	3 640	29 %	3 845	28,4 %
60 et plus	50	5 %	865	6,9 %	915	6,8 %
Ressortissant·es étranger·es (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Étranger·es	993	98,7 %	12 355	98,4 %	13 348	98,5 %
Groupe continental (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Afrique subsaharienne	561	55,8 %	5 113	40,8 %	5 674	41,9 %
Maghreb	260	25,8 %	4 192	33,4 %	4 452	32,9 %
Europe hors UE	86	8,5 %	913	7,3 %	999	7,4 %
Proche et Moyen-Orient	25	2,5 %	494	3,9 %	519	3,8 %
Union européenne	45	4,5 %	810	6,5 %	855	6,3 %
Océanie et Amériques	13	1,3 %	233	1,9 %	246	1,8 %
Asie	16	1,6 %	789	6,3 %	805	5,9 %
Nationalités les plus représentées (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Algérie	190	18,9 %	2 819	22,5 %	3 009	22,2 %
RDC	168	16,7 %	532	4,2 %	700	5,2 %
Guinée	146	14,5 %	568	4,5 %	714	5,3 %
Angola	112	11,1 %	190	1,5 %	302	2,2 %
Tunisie	55	5,5 %	444	3,5 %	499	3,7 %
Immigration						
Durée de séjour en France des consultant·es étranger·es (a) (taux de réponse : ville 96.8 %, ensemble centres fixes 95.6 %)						
0 à 90 jours inclus	406	42,2 %	3 479	29,5 %	3 885	30,4 %
3 à moins de 6 mois	130	13,5 %	1 411	12 %	1 541	12,1 %
6 à moins de 12 mois	65	6,8 %	1 046	8,9 %	1 111	8,7 %
12 mois à moins de 2 ans	89	9,3 %	1 457	12,3 %	1 546	12,1 %
2 ans et plus	271	28,2 %	4 406	37,3 %	4 677	36,7 %

Thème Indicateur Modalité	Ville		Autres centres fixes		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Situation au regard du séjour (b), (c), (d) (taux de réponse : ville 87.1 %, ensemble centres fixes 77 %)						
Situation irrégulière	255	48,9 %	3 809	67,3 %	4 064	65,8 %
Demandeur·ses d'asile (b), (e) (taux de réponse : ville 79.8 %, ensemble centres fixes 77 %)						
Dépôt ou tentative de dépôt	339	54 %	1 969	31,9 %	2 308	34 %
Environnement économique						
Activité rémunérée en France chez les plus de 16 ans (b) (taux de réponse : ville 82.6 %, ensemble centres fixes 79.8 %)						
Activité rémunérée	65	12,2 %	1 638	26 %	1 703	24,9 %
Environnement physique						
Situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 90 %, ensemble centres fixes 81.6 %)						
Logement personnel	56	8,2 %	527	7,6 %	583	7,6 %
Famille, ami·es ou solidaire	277	40,6 %	3 857	55,5 %	4 134	54,2 %
Organisme ou association	80	11,7 %	846	12,2 %	926	12,1 %
Squat ou bidonville	12	1,8 %	410	5,9 %	422	5,5 %
À la rue ou hébergement d'urgence	257	37,7 %	1 312	18,9 %	1 569	20,6 %
Ressenti situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 89.3 %, ensemble centres fixes 79.3 %)						
Temporaire ou instable	516	76,2 %	4 525	67,1 %	5 041	67,9 %
Environnement social						
Parentalité chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 91.2 %, ensemble centres fixes 81.5 %)						
Parent d'enfant(s) mineur·e(s)	223	40 %	1 731	28 %	1 954	28,9 %
Situation familiale chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 88.9 %, ensemble centres fixes 79.2 %)						
Vit seul·e avec enfant(s) mineur·e(s)	41	7,5 %	297	4,9 %	338	5,1 %
Vit seul·e sans enfant mineur·e	366	67,3 %	4 365	72,5 %	4 731	72,1 %
Vit en couple avec enfant(s) mineur·e(s)	65	11,9 %	543	9 %	608	9,3 %
Vit en couple sans enfant mineur·e	72	13,2 %	816	13,6 %	888	13,5 %
Comportements individuels et expériences						
Renoncement aux soins (b) (taux de réponse : ville 48.8 %, ensemble centres fixes 51.5 %)						
Renoncement au cours des 12 derniers mois	34	9,2 %	654	14,7 %	688	14,3 %
Dépistage VIH (f) (taux de réponse : ville 1.6 %, ensemble centres fixes 9.1 %)						
Antécédent de dépistage VIH	2	22,2 %	163	28,6 %	165	28,5 %
Contraception (g) (taux de réponse : ville 34.7 %, ensemble centres fixes 32.6 %)						
Utilisation contraception chez femmes de 15 à 49 ans concernées	7	9,5 %	88	14,1 %	95	13,6 %
Accès au système de santé						
Éligibilité couverture maladie (b)) (taux de réponse : ville 87.3 %, ensemble centres fixes 75.1 %)						
PUMa ou AME	348	52,6 %	4 150	65,2 %	4 498	64 %
PUMa	115	17,4 %	1 158	18,2 %	1 273	18,1 %
AME	233	35,2 %	2 992	47 %	3 225	45,9 %
Droits effectifs couverture maladie (b) (taux de réponse : ville 79.7 %, ensemble centres fixes 71 %)						
PUMa ou AME	57	9,4 %	838	13,9 %	895	13,5 %
PUMa	22	3,6 %	510	8,5 %	532	8 %
AME	35	5,8 %	328	5,4 %	363	5,5 %
Droits ouverts chez personnes éligibles (b) (taux de réponse : ville 90.8 %, ensemble centres fixes 93 %)						
PUMa ou AME	56	17,7 %	793	20,5 %	849	20,3 %
PUMa	20	19,8 %	463	44,3 %	483	42,1 %
AME	34	15,8 %	294	10,4 %	328	10,8 %
Domiciliation (b) (taux de réponse : ville 88.1 %, ensemble centres fixes 78 %)						
Besoin d'une domiciliation administrative	161	24,1 %	1 776	26,8 %	1 937	26,6 %

Thème Indicateur Modalité	Ville		Autres centres fixes		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins (b) (taux de réponse : ville 66.2 %, ensemble centres fixes 60.9 %)						
Aucun droit possible	134	26,7 %	994	19,1 %	1 128	19,8 %
Difficultés administratives	107	21,3 %	1 764	34 %	1 871	32,8 %
Méconnaissance des droits et des structures	82	16,3 %	1 784	34,3 %	1 866	32,8 %
Barrière linguistique	54	10,8 %	1 368	26,3 %	1 422	25 %
Difficultés financières	39	7,8 %	985	19 %	1 024	18 %
Etat de santé consultations de médecine générale						
Principaux chapitres de la CISP-2 liés aux diagnostics (h) (taux de réponse : ville 93.2 %, ensemble centres fixes 84.1 %)						
Digestif	220	33,6 %	1 236	19,9 %	1 456	21,2 %
Ostéoarticulaire	105	16,1 %	1 240	20 %	1 345	19,6 %
Respiratoire	104	15,9 %	1 078	17,4 %	1 182	17,2 %
Peau	93	14,2 %	794	12,8 %	887	12,9 %
Général et non spécifié	87	13,3 %	758	12,2 %	845	12,3 %
Diagnostics définis comme chroniques par les médecins au cours de l'année (taux de réponse : ville 79.8 %, ensemble centres fixes 46.9 %)						
Patient·es avec un diagnostic ou plus défini comme chronique	363	64,8 %	1 902	58,3 %	2 265	59,2 %
Diagnostics avec retard de recours aux soins d'après les médecins (taux de réponse : ville 81.6 %, ensemble centres fixes 48.4 %)						
Patient·es avec un diagnostic ou plus avec retard de recours aux soins	240	41,9 %	1 277	37,8 %	1 517	38,4 %
Urgence de la prise en charge d'après les médecins (taux de réponse : ville 79.4 %, ensemble centres fixes 47.4 %)						
Consultations nécessitant une prise en charge urgente ou assez urgente	323	42,7 %	1 773	36,7 %	2 096	37,5 %

(a) Durée entre la date de dernière entrée en France et la date de première consultation ou entretien en 2025.
(b) Situation lors de l'entretien d'accueil pour les personnes dont la première visite a eu lieu en 2025.
(c) Parmi les personnes étrangères majeures.
(d) Sans titre de séjour ou sans autorisation de séjour en France ; titre de séjour dans un autre pays européen et depuis plus de 3 mois en France.
(e) Parmi les personnes étrangères hors Union européenne.
(f) Situation lors de la première consultation de médecine générale pour les personnes dont la première consultation a eu lieu en 2025.
(g) Patientes âgées de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'une consultation de médecine générale ou d'un entretien DSSR en 2025. Les patientes enceintes ou considérées comme non concernées au cours d'une consultation du fait par exemple d'un désir de grossesse ou de l'absence de menstruations ont été exclues de l'analyse.
(h) En nombre et pourcentage de patient·es ayant présenté à au moins une reprise en 2025 un diagnostic associé au chapitre.
Le chapitre de la CISP-2 « général et non spécifié » regroupe les symptômes, plaintes, diagnostics et motifs de consultation qui ne sont pas spécifiques à un appareil anatomique. Cette catégorie inclut, entre autres, les symptômes généraux, tels que la fatigue ou les douleurs généralisées ainsi que les infections générales (telles que tuberculose ou rougeole).

LYON

Nombre de personnes reçues (a)	% ensemble personnes reçu.es en centres fixes	Nombre de consultations					
		Médecine générale	Psychiques	Autres spécialités	Dentaires	Infirmières ou prévention	Entretiens sociaux
1 016	7.5 %	1 047	0	0	0	316	541

(a) La file active correspond au nombre de personnes différentes ayant eu au moins une consultation ou un entretien d'accueil au cours de l'année.

Thème Indicateur Modalité	Ville		Autres centres fixes		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Démographie						
Genre (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Femmes	330	32,5 %	4 738	37,8 %	5 068	37,4 %
Âge (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 99.9 %)						
Médiane	28.7		35.1		34.8	
Classes d'âge (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 99.9 %)						
< 18	302	29,7 %	909	7,3 %	1 211	8,9 %
18-39	461	45,4 %	7 111	56,8 %	7 572	55,9 %
40-59	210	20,7 %	3 635	29 %	3 845	28,4 %
60 et plus	43	4,2 %	872	7 %	915	6,8 %
Ressortissant·es étranger·es (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Étranger·es	1 001	98,5 %	12 347	98,5 %	13 348	98,5 %
Groupe continental (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Afrique subsaharienne	541	53,3 %	5 133	40,9 %	5 674	41,9 %
Maghreb	285	28,1 %	4 167	33,2 %	4 452	32,9 %
Europe hors UE	56	5,5 %	943	7,5 %	999	7,4 %
Proche et Moyen-Orient	19	1,9 %	500	4 %	519	3,8 %
Union européenne	79	7,8 %	776	6,2 %	855	6,3 %
Océanie et Amériques	11	1,1 %	235	1,9 %	246	1,8 %
Asie	24	2,4 %	781	6,2 %	805	5,9 %
Nationalités les plus représentées (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Algérie	225	22,1 %	2 784	22,2 %	3 009	22,2 %
Guinée	148	14,6 %	566	4,5 %	714	5,3 %
Côte d'Ivoire	95	9,4 %	999	8 %	1 094	8,1 %
RDC	85	8,4 %	615	4,9 %	700	5,2 %
Roumanie	48	4,7 %	254	2 %	302	2,2 %
Immigration						
Durée de séjour en France des consultant·es étranger·es (a) (taux de réponse : ville 98.2 %, ensemble centres fixes 95.6 %)						
0 à 90 jours inclus	431	43,8 %	3 454	29,3 %	3 885	30,4 %
3 à moins de 6 mois	146	14,9 %	1 395	11,8 %	1 541	12,1 %
6 à moins de 12 mois	92	9,4 %	1 019	8,7 %	1 111	8,7 %
12 mois à moins de 2 ans	113	11,5 %	1 433	12,2 %	1 546	12,1 %
2 ans et plus	201	20,4 %	4 476	38 %	4 677	36,7 %

Thème Indicateur Modalité	Ville		Autres centres fixes		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Situation au regard du séjour (b), (c), (d) (taux de réponse : ville 87.8 %, ensemble centres fixes 75.9 %)						
Situation irrégulière	273	58,3 %	3 791	66,4 %	4 064	65,8 %
Demandeur·ses d'asile (b), (e) (taux de réponse : ville 93.6 %, ensemble centres fixes 77 %)						
Dépôt ou tentative de dépôt	225	31,3 %	2 083	34,3 %	2 308	34 %
Environnement économique						
Activité rémunérée en France chez les plus de 16 ans (b) (taux de réponse : ville 93.6 %, ensemble centres fixes 79.8 %)						
Activité rémunérée	60	9,8 %	1 643	26,4 %	1 703	24,9 %
Environnement physique						
Situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 95.8 %, ensemble centres fixes 81.6 %)						
Logement personnel	34	4,3 %	549	8 %	583	7,6 %
Famille, ami·es ou solidaire	277	35 %	3 857	56,4 %	4 134	54,2 %
Organisme ou association	123	15,5 %	803	11,7 %	926	12,1 %
Squat ou bidonville	62	7,8 %	360	5,3 %	422	5,5 %
À la rue ou hébergement d'urgence	295	37,3 %	1 274	18,6 %	1 569	20,6 %
Ressenti situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 98.4 %, ensemble centres fixes 79.3 %)						
Temporaire ou instable	681	83,8 %	4 360	66 %	5 041	67,9 %
Environnement social						
Parentalité chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 97.2 %, ensemble centres fixes 81.5 %)						
Parent d'enfant(s) mineur·e(s)	152	28,9 %	1 802	28,9 %	1 954	28,9 %
Situation familiale chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 95.6 %, ensemble centres fixes 79.2 %)						
Vit seul·e avec enfant(s) mineur·e(s)	30	5,8 %	308	5,1 %	338	5,1 %
Vit seul·e sans enfant mineur·e	381	73,7 %	4 350	71,9 %	4 731	72,1 %
Vit en couple avec enfant(s) mineur·e(s)	44	8,5 %	564	9,3 %	608	9,3 %
Vit en couple sans enfant mineur·e	62	12 %	826	13,7 %	888	13,5 %
Comportements individuels et expériences						
Renoncement aux soins (b) (taux de réponse : ville 49.3 %, ensemble centres fixes 51.5 %)						
Renoncement au cours des 12 derniers mois	18	4,4 %	670	15,2 %	688	14,3 %
Dépistage VIH (f) (taux de réponse : ville 1.6 %, ensemble centres fixes 9.1 %)						
Antécédent de dépistage VIH	6	54,5 %	159	28 %	165	28,5 %
Contraception (g) (taux de réponse : ville 43.2 %, ensemble centres fixes 32.6 %)						
Utilisation contraception chez femmes de 15 à 49 ans concernées	12	16,4 %	83	13,3 %	95	13,6 %
Accès au système de santé						
Éligibilité couverture maladie (b) (taux de réponse : ville 93.9 %, ensemble centres fixes 75.1 %)						
PUMa ou AME	521	67,1 %	3 977	63,6 %	4 498	64 %
PUMa	190	24,5 %	1 083	17,3 %	1 273	18,1 %
AME	331	42,7 %	2 894	46,3 %	3 225	45,9 %
Droits effectifs couverture maladie (b) (taux de réponse : ville 91.4 %, ensemble centres fixes 71 %)						
PUMa ou AME	90	11,9 %	805	13,7 %	895	13,5 %
PUMa	53	7 %	479	8,1 %	532	8 %
AME	37	4,9 %	326	5,5 %	363	5,5 %
Droits ouverts chez personnes éligibles (b) (taux de réponse : ville 97.7 %, ensemble centres fixes 93 %)						
PUMa ou AME	89	17,5 %	760	20,7 %	849	20,3 %
PUMa	50	27,6 %	433	44,8 %	483	42,1 %
AME	37	11,3 %	291	10,7 %	328	10,8 %
Domiciliation (b) (taux de réponse : ville 96.1 %, ensemble centres fixes 78 %)						
Besoin d'une domiciliation administrative	256	32,2 %	1 681	25,9 %	1 937	26,6 %

Thème Indicateur Modalité	Ville		Autres centres fixes		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins (b) (taux de réponse : ville 69 %, ensemble centres fixes 60.9 %)						
Difficultés administratives	183	32,1 %	1 688	32,9 %	1 871	32,8 %
Méconnaissance des droits et des structures	132	23,2 %	1 734	33,8 %	1 866	32,8 %
Aucun droit possible	126	22,1 %	1 002	19,5 %	1 128	19,8 %
Barrière linguistique	116	20,4 %	1 306	25,5 %	1 422	25 %
Difficultés financières	47	8,2 %	977	19,1 %	1 024	18 %
Etat de santé consultations de médecine générale						
Principaux chapitres de la CISP-2 liés aux diagnostics (h) (taux de réponse : ville 84.9 %, ensemble centres fixes 84.1 %)						
Digestif	132	19,7 %	1 324	21,4 %	1 456	21,2 %
Ostéoarticulaire	123	18,4 %	1 222	19,8 %	1 345	19,6 %
Respiratoire	112	16,7 %	1 070	17,3 %	1 182	17,2 %
Peau	112	16,7 %	775	12,5 %	887	12,9 %
Général et non spécifié	68	10,1 %	777	12,6 %	845	12,3 %
Diagnostics définis comme chroniques par les médecins au cours de l'année (taux de réponse : ville 36.1 %, ensemble centres fixes 46.9 %)						
Patient·es avec un diagnostic ou plus défini comme chronique	134	47 %	2 131	60,2 %	2 265	59,2 %
Diagnostics avec retard de recours aux soins d'après les médecins (taux de réponse : ville 37.4 %, ensemble centres fixes 48.4 %)						
Patient·es avec un diagnostic ou plus avec retard de recours aux soins	102	34,6 %	1 415	38,7 %	1 517	38,4 %
Urgence de la prise en charge d'après les médecins (taux de réponse : ville 41.7 %, ensemble centres fixes 47.4 %)						
Consultations nécessitant une prise en charge urgente ou assez urgente	142	32,5 %	1 954	37,9 %	2 096	37,5 %

(a) Durée entre la date de dernière entrée en France et la date de première consultation ou entretien en 2025.
(b) Situation lors de l'entretien d'accueil pour les personnes dont la première visite a eu lieu en 2025.
(c) Parmi les personnes étrangères majeures.
(d) Sans titre de séjour ou sans autorisation de séjour en France ; titre de séjour dans un autre pays européen et depuis plus de 3 mois en France.
(e) Parmi les personnes étrangères hors Union européenne.
(f) Situation lors de la première consultation de médecine générale pour les personnes dont la première consultation a eu lieu en 2025.
(g) Patientes âgées de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'une consultation de médecine générale ou d'un entretien DSSR en 2025. Les patientes enceintes ou considérées comme non concernées au cours d'une consultation du fait par exemple d'un désir de grossesse ou de l'absence de menstruations ont été exclues de l'analyse.
(h) En nombre et pourcentage de patient·es ayant présenté à au moins une reprise en 2025 un diagnostic associé au chapitre.
Le chapitre de la CISP-2 « général et non spécifié » regroupe les symptômes, plaintes, diagnostics et motifs de consultation qui ne sont pas spécifiques à un appareil anatomique. Cette catégorie inclut, entre autres, les symptômes généraux, tels que la fatigue ou les douleurs généralisées ainsi que les infections générales (telles que tuberculose ou rougeole).

MARSEILLE

Nombre de personnes reçues (a)	% ensemble personnes reçu.es en centres fixes	Nombre de consultations					
		Médecine générale	Psychiques	Autres spécialités	Dentaires	Infirmières ou prévention	Entretiens sociaux
1 319	9.7 %	984	0	0	0	141	1 204

(a) La file active correspond au nombre de personnes différentes ayant eu au moins une consultation ou un entretien d'accueil au cours de l'année.

Thème Indicateur Modalité	Ville		Autres centres fixes		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Démographie						
Genre (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Femmes	291	22,1 %	4 777	39 %	5 068	37,4 %
Âge (taux de réponse : ville 99.8 %, ensemble centres fixes 99.9 %)						
Médiane	32.7		35		34.8	
Classes d'âge (taux de réponse : ville 99.8 %, ensemble centres fixes 99.9 %)						
< 18	101	7,7 %	1 110	9,1 %	1 211	8,9 %
18-39	821	62,4 %	6 751	55,2 %	7 572	55,9 %
40-59	321	24,4 %	3 524	28,8 %	3 845	28,4 %
60 et plus	73	5,5 %	842	6,9 %	915	6,8 %
Ressortissant·es étranger·es (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Étranger·es	1 300	98,6 %	12 048	98,5 %	13 348	98,5 %
Groupe continental (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Afrique subsaharienne	335	25,4 %	5 339	43,7 %	5 674	41,9 %
Maghreb	906	68,7 %	3 546	29 %	4 452	32,9 %
Europe hors UE	28	2,1 %	971	7,9 %	999	7,4 %
Proche et Moyen-Orient	14	1,1 %	505	4,1 %	519	3,8 %
Union européenne	27	2 %	828	6,8 %	855	6,3 %
Océanie et Amériques	4	0,3 %	242	2 %	246	1,8 %
Asie	5	0,4 %	800	6,5 %	805	5,9 %
Nationalités les plus représentées (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Algérie	811	61,5 %	2 198	18 %	3 009	22,2 %
Guinée	77	5,8 %	637	5,2 %	714	5,3 %
Comores	62	4,7 %	112	0,9 %	174	1,3 %
Nigéria	59	4,5 %	285	2,3 %	344	2,5 %
Tunisie	46	3,5 %	453	3,7 %	499	3,7 %
Immigration						
Durée de séjour en France des consultants étrangers (a) (taux de réponse : ville 93.7 %, ensemble centres fixes 95.6 %)						
0 à 90 jours inclus	332	27,3 %	3 553	30,8 %	3 885	30,4 %
3 à moins de 6 mois	169	13,9 %	1 372	11,9 %	1 541	12,1 %
6 à moins de 12 mois	125	10,3 %	986	8,5 %	1 111	8,7 %
12 mois à moins de 2 ans	135	11,1 %	1 411	12,2 %	1 546	12,1 %
2 ans et plus	457	37,5 %	4 220	36,6 %	4 677	36,7 %

Thème Indicateur Modalité	Ville		Autres centres fixes		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Situation au regard du séjour (b), (c), (d) (taux de réponse : ville 79.4 %, ensemble centres fixes 75.9 %)						
Situation irrégulière	614	85,9 %	3 450	63,2 %	4 064	65,8 %
Demandeur·ses d'asile (b), (e) (taux de réponse : ville 66.6 %, ensemble centres fixes 77 %)						
Dépôt ou tentative de dépôt	98	15 %	2 210	36 %	2 308	34 %
Environnement économique						
Activité rémunérée en France chez les plus de 16 ans (b) (taux de réponse : ville 85 %, ensemble centres fixes 79.8 %)						
Activité rémunérée	397	50,2 %	1 306	21,6 %	1 703	24,9 %
Environnement physique						
Situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 78.7 %, ensemble centres fixes 81.6 %)						
Logement personnel	89	11,3 %	494	7,2 %	583	7,6 %
Famille, ami·es ou solidaire	374	47,3 %	3 760	54,9 %	4 134	54,2 %
Organisme ou association	36	4,6 %	890	13 %	926	12,1 %
Squat ou bidonville	170	21,5 %	252	3,7 %	422	5,5 %
À la rue ou hébergement d'urgence	121	15,3 %	1 448	21,2 %	1 569	20,6 %
Ressenti situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 79.4 %, ensemble centres fixes 79.3 %)						
Temporaire ou instable	513	64,4 %	4 528	68,4 %	5 041	67,9 %
Environnement social						
Parentalité chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 79.2 %, ensemble centres fixes 81.5 %)						
Parent d'enfant(s) mineur·e(s)	159	21,9 %	1 795	29,8 %	1 954	28,9 %
Situation familiale chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 77.6 %, ensemble centres fixes 79.2 %)						
Vit seul·e avec enfant(s) mineur·e(s)	15	2,1 %	323	5,5 %	338	5,1 %
Vit seul·e sans enfant mineur·e	545	76,8 %	4 186	71,5 %	4 731	72,1 %
Vit en couple avec enfant(s) mineur·e(s)	85	12 %	523	8,9 %	608	9,3 %
Vit en couple sans enfant mineur·e	65	9,2 %	823	14,1 %	888	13,5 %
Comportements individuels et expériences						
Renoncement aux soins (b) (taux de réponse : ville 39.9 %, ensemble centres fixes 51.5 %)						
Renoncement au cours des 12 derniers mois	71	17,7 %	617	14 %	688	14,3 %
Dépistage VIH (f) (taux de réponse : ville 11.3 %, ensemble centres fixes 9.1 %)						
Antécédent de dépistage VIH	17	28,3 %	148	28,6 %	165	28,5 %
Contraception (g) (taux de réponse : ville 44.5 %, ensemble centres fixes 32.6 %)						
Utilisation contraception chez femmes de 15 à 49 ans concernées	11	20,8 %	84	13,1 %	95	13,6 %
Accès au système de santé						
Éligibilité couverture maladie (b) (taux de réponse : ville 74.7 %, ensemble centres fixes 75.1 %)						
PUMa ou AME	509	67,9 %	3 989	63,6 %	4 498	64 %
PUMa	80	10,7 %	1 193	19 %	1 273	18,1 %
AME	429	57,2 %	2 796	44,6 %	3 225	45,9 %
Droits effectifs couverture maladie (b) (taux de réponse : ville 71.1 %, ensemble centres fixes 71 %)						
PUMa ou AME	94	13,2 %	801	13,5 %	895	13,5 %
PUMa	45	6,3 %	487	8,2 %	532	8 %
AME	49	6,9 %	314	5,3 %	363	5,5 %
Droits ouverts chez personnes éligibles (b) (taux de réponse : ville 92.7 %, ensemble centres fixes 93 %)						
PUMa ou AME	91	19,3 %	758	20,4 %	849	20,3 %
PUMa	41	55,4 %	442	41,2 %	483	42,1 %
AME	46	11,6 %	282	10,7 %	328	10,8 %
Domiciliation (b) (taux de réponse : ville 76.3 %, ensemble centres fixes 78 %)						
Besoin d'une domiciliation administrative	303	39,6 %	1 634	25 %	1 937	26,6 %

Thème Indicateur Modalité	Ville		Autres centres fixes		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins (b) (taux de réponse : ville 68.3 %, ensemble centres fixes 60.9 %)						
Difficultés administratives	322	46,9 %	1 549	30,9 %	1 871	32,8 %
Méconnaissance des droits et des structures	318	46,4 %	1 548	30,9 %	1 866	32,8 %
Barrière linguistique	212	30,9 %	1 210	24,1 %	1 422	25 %
Aucun droit possible	201	29,3 %	927	18,5 %	1 128	19,8 %
Difficultés financières	132	19,2 %	892	17,8 %	1 024	18 %
Etat de santé consultations de médecine générale						
Principaux chapitres de la CISP-2 liés aux diagnostics (h) (taux de réponse : ville 70.2 %, ensemble centres fixes 84.1 %)						
Respiratoire	108	22,7 %	1 074	16,8 %	1 182	17,2 %
Digestif	104	21,8 %	1 352	21,2 %	1 456	21,2 %
Ostéoarticulaire	86	18,1 %	1 259	19,7 %	1 345	19,6 %
Peau	53	11,1 %	834	13,1 %	887	12,9 %
Métabolique, nutritionnel et endocrinien	41	8,6 %	441	6,9 %	482	7 %
Diagnostics définis comme chroniques par les médecins au cours de l'année (taux de réponse : ville 60.8 %, ensemble centres fixes 46.9 %)						
Patient·es avec un diagnostic ou plus défini comme chronique	247	60 %	2 018	59,1 %	2 265	59,2 %
Diagnostics avec retard de recours aux soins d'après les médecins (taux de réponse : ville 61.5 %, ensemble centres fixes 48.4 %)						
Patient·es avec un diagnostic ou plus avec retard de recours aux soins	125	30 %	1 392	39,4 %	1 517	38,4 %
Urgence de la prise en charge d'après les médecins (taux de réponse : ville 43.8 %, ensemble centres fixes 47.4 %)						
Consultations nécessitant une prise en charge urgente ou assez urgente	100	23,2 %	1 996	38,7 %	2 096	37,5 %

(a) Durée entre la date de dernière entrée en France et la date de première consultation ou entretien en 2025.
(b) Situation lors de l'entretien d'accueil pour les personnes dont la première visite a eu lieu en 2025.
(c) Parmi les personnes étrangères majeures.
(d) Sans titre de séjour ou sans autorisation de séjour en France ; titre de séjour dans un autre pays européen et depuis plus de 3 mois en France.
(e) Parmi les personnes étrangères hors Union européenne.
(f) Situation lors de la première consultation de médecine générale pour les personnes dont la première consultation a eu lieu en 2025.
(g) Patientes âgées de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'une consultation de médecine générale ou d'un entretien DSSR en 2025. Les patientes enceintes ou considérées comme non concernées au cours d'une consultation du fait par exemple d'un désir de grossesse ou de l'absence de menstruations ont été exclues de l'analyse.
(h) En nombre et pourcentage de patient·es ayant présenté à au moins une reprise en 2025 un diagnostic associé au chapitre.
Le chapitre de la CISP-2 « général et non spécifié » regroupe les symptômes, plaintes, diagnostics et motifs de consultation qui ne sont pas spécifiques à un appareil anatomique. Cette catégorie inclut, entre autres, les symptômes généraux, tels que la fatigue ou les douleurs généralisées ainsi que les infections générales (telles que tuberculose ou rougeole).

MONTPELLIER

Nombre de personnes reçues (a)	% ensemble personnes reçu.es en centres fixes	Nombre de consultations					
		Médecine générale	Psychiques	Autres spécialités	Dentaires	Infirmières ou prévention	Entretiens sociaux
1 173	8.7 %	714	0	0	456	98	1 199

(a) La file active correspond au nombre de personnes différentes ayant eu au moins une consultation ou un entretien d'accueil au cours de l'année.

Thème Indicateur Modalité	Ville		Autres centres fixes		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Démographie						
Genre (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Femmes	341	29,1 %	4 727	38,2 %	5 068	37,4 %
Âge (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 99.9 %)						
Médiane	34		34.9		34.8	
Classes d'âge (taux de réponse : : ville 100 %, ensemble centres fixes 99.9 %)						
< 18	62	5,3 %	1 149	9,3 %	1 211	8,9 %
18-39	726	61,9 %	6 846	55,3 %	7 572	55,9 %
40-59	324	27,6 %	3 521	28,5 %	3 845	28,4 %
60 et plus	61	5,2 %	854	6,9 %	915	6,8 %
Ressortissant·es étranger·es (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Étranger·es	1 148	97,9 %	12 200	98,5 %	13 348	98,5 %
Groupe continental (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Afrique subsaharienne	196	16,7 %	5 478	44,3 %	5 674	41,9 %
Maghreb	724	61,7 %	3 728	30,1 %	4 452	32,9 %
Europe hors UE	91	7,8 %	908	7,3 %	999	7,4 %
Proche et Moyen-Orient	35	3 %	484	3,9 %	519	3,8 %
Union européenne	85	7,2 %	770	6,2 %	855	6,3 %
Océanie et Amériques	22	1,9 %	224	1,8 %	246	1,8 %
Asie	20	1,7 %	785	6,3 %	805	5,9 %
Nationalités les plus représentées (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Algérie	393	33,5 %	2 616	21,1 %	3 009	22,2 %
Maroc	302	25,7 %	439	3,5 %	741	5,5 %
Guinée	38	3,2 %	676	5,5 %	714	5,3 %
Géorgie	32	2,7 %	231	1,9 %	263	1,9 %
Albanie	27	2,3 %	221	1,8 %	248	1,8 %
Immigration						
Durée de séjour en France des consultants étrangers (a) (taux de réponse : ville 96.2 %, ensemble centres fixes 95.6 %)						
0 à 90 jours inclus	266	24,1 %	3 619	31 %	3 885	30,4 %
3 à moins de 6 mois	126	11,4 %	1 415	12,1 %	1 541	12,1 %
6 à moins de 12 mois	93	8,4 %	1 018	8,7 %	1 111	8,7 %
12 mois à moins de 2 ans	147	13,3 %	1 399	12 %	1 546	12,1 %
2 ans et plus	472	42,8 %	4 205	36,1 %	4 677	36,7 %

Thème Indicateur Modalité	Ville		Autres centres fixes		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Situation au regard du séjour (b), (c), (d) (taux de réponse : ville 74.6 %, ensemble centres fixes 75.9 %)						
Situation irrégulière	298	67,7 %	3 766	65,6 %	4 064	65,8 %
Demandeur·euses d'asile (b), (e) (taux de réponse : ville 80.1 %, ensemble centres fixes 77 %)						
Dépôt ou tentative de dépôt	123	25,5 %	2 185	34,6 %	2 308	34 %
Environnement économique						
Activité rémunérée en France chez les plus de 16 ans (b) (taux de réponse : ville 84 %, ensemble centres fixes 79.8 %)						
Activité rémunérée	104	20 %	1 599	25,4 %	1 703	24,9 %
Environnement physique						
Situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 79.9 %, ensemble centres fixes 81.6 %)						
Logement personnel	32	6 %	551	7,8 %	583	7,6 %
Famille, ami·es ou solidaire	296	55,5 %	3 838	54 %	4 134	54,2 %
Organisme ou association	73	13,7 %	853	12 %	926	12,1 %
Squat ou bidonville	20	3,8 %	402	5,7 %	422	5,5 %
À la rue ou hébergement d'urgence	112	21 %	1 457	20,5 %	1 569	20,6 %
Ressenti situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 80.5 %, ensemble centres fixes 79.3 %)						
Temporaire ou instable	422	78,6 %	4 619	67,1 %	5 041	67,9 %
Environnement social						
Parentalité chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 83.1 %, ensemble centres fixes 81.5 %)						
Parent d'enfant(s) mineur·e(s)	119	23,5 %	1 835	29,4 %	1 954	28,9 %
Situation familiale chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 81.1 %, ensemble centres fixes 79.2 %)						
Vit seul·e avec enfant(s) mineur·e(s)	27	5,5 %	311	5,1 %	338	5,1 %
Vit seul·e sans enfant mineur·e	354	71,5 %	4 377	72,1 %	4 731	72,1 %
Vit en couple avec enfant(s) mineur·e(s)	41	8,3 %	567	9,3 %	608	9,3 %
Vit en couple sans enfant mineur·e	73	14,7 %	815	13,4 %	888	13,5 %
Comportements individuels et expériences						
Renoncement aux soins (b) (taux de réponse : ville 72.7 %, ensemble centres fixes 51.5 %)						
Renoncement au cours des 12 derniers mois	64	13,2 %	624	14,4 %	688	14,3 %
Dépistage VIH (f) (taux de réponse : ville 1.1 %, ensemble centres fixes 9.1 %)						
Antécédent de dépistage VIH	3	75 %	162	28,2 %	165	28,5 %
Contraception (g) (taux de réponse : ville 29.6 %, ensemble centres fixes 32.6 %)						
Utilisation contraception chez femmes de 15 à 49 ans concernées	7	21,9 %	88	13,3 %	95	13,6 %
Accès au système de santé						
Éligibilité couverture maladie (b) (taux de réponse : ville 72.3 %, ensemble centres fixes 75.1 %)						
PUMa ou AME	332	68,9 %	4 166	63,7 %	4 498	64 %
PUMa	72	14,9 %	1 201	18,4 %	1 273	18,1 %
AME	260	53,9 %	2 965	45,3 %	3 225	45,9 %
Droits effectifs couverture maladie (b) (taux de réponse : ville 67.6 %, ensemble centres fixes 71 %)						
PUMa ou AME	60	13,3 %	835	13,5 %	895	13,5 %
PUMa	29	6,4 %	503	8,1 %	532	8 %
AME	31	6,9 %	332	5,4 %	363	5,5 %
Droits ouverts chez personnes éligibles (b) (taux de réponse : ville 92.5 %, ensemble centres fixes 93 %)						
PUMa ou AME	52	16,9 %	797	20,6 %	849	20,3 %
PUMa	27	42,2 %	456	42,1 %	483	42,1 %
AME	24	9,9 %	304	10,9 %	328	10,8 %
Domiciliation (b) (taux de réponse : ville 79 %, ensemble centres fixes 78 %)						
Besoin d'une domiciliation administrative	214	40,6 %	1 723	25,5 %	1 937	26,6 %

Thème Indicateur Modalité	Ville		Autres centres fixes		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins (b) (taux de réponse : ville 73.9 %, ensemble centres fixes 60.9 %)						
Difficultés administratives	152	30,8 %	1 719	33 %	1 871	32,8 %
Barrière linguistique	107	21,7 %	1 315	25,3 %	1 422	25 %
Méconnaissance des droits et des structures	66	13,4 %	1 800	34,6 %	1 866	32,8 %
Difficultés financières	55	11,2 %	969	18,6 %	1 024	18 %
Aucun droit possible	41	8,3 %	1 087	20,9 %	1 128	19,8 %
Etat de santé consultations de médecine générale						
Principaux chapitres de la CISP-2 liés aux diagnostics (h) (taux de réponse : ville 80.1 %, ensemble centres fixes 84.1 %)						
Ostéoarticulaire	84	20,2 %	1 261	19,6 %	1 345	19,6 %
Digestif	79	19 %	1 377	21,4 %	1 456	21,2 %
Respiratoire	76	18,3 %	1 106	17,2 %	1 182	17,2 %
Peau	60	14,5 %	827	12,8 %	887	12,9 %
Général et non spécifié	34	8,2 %	811	12,6 %	845	12,3 %
Diagnostics définis comme chroniques par les médecins au cours de l'année (taux de réponse : ville 53.9 %, ensemble centres fixes 46.9 %)						
Patient·es avec un diagnostic ou plus défini comme chronique	143	51,3 %	2 122	59,9 %	2 265	59,2 %
Diagnostics avec retard de recours aux soins d'après les médecins (taux de réponse : ville 54.8 %, ensemble centres fixes 48.4 %)						
Patient·es avec un diagnostic ou plus avec retard de recours aux soins	108	38 %	1 409	38,4 %	1 517	38,4 %
Urgence de la prise en charge d'après les médecins (taux de réponse : ville 81.1 %, ensemble centres fixes 47.4 %)						
Consultations nécessitant une prise en charge urgente ou assez urgente	228	39,4 %	1 868	37,3 %	2 096	37,5 %

(a) Durée entre la date de dernière entrée en France et la date de première consultation ou entretien en 2025.
(b) Situation lors de l'entretien d'accueil pour les personnes dont la première visite a eu lieu en 2025.
(c) Parmi les personnes étrangères majeures.
(d) Sans titre de séjour ou sans autorisation de séjour en France ; titre de séjour dans un autre pays européen et depuis plus de 3 mois en France.
(e) Parmi les personnes étrangères hors Union européenne.
(f) Situation lors de la première consultation de médecine générale pour les personnes dont la première consultation a eu lieu en 2025.
(g) Patientes âgées de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'une consultation de médecine générale ou d'un entretien DSSR en 2025. Les patientes enceintes ou considérées comme non concernées au cours d'une consultation du fait par exemple d'un désir de grossesse ou de l'absence de menstruations ont été exclues de l'analyse.
(h) En nombre et pourcentage de patient·es ayant présenté à au moins une reprise en 2025 un diagnostic associé au chapitre.
Le chapitre de la CISP-2 « général et non spécifié » regroupe les symptômes, plaintes, diagnostics et motifs de consultation qui ne sont pas spécifiques à un appareil anatomique. Cette catégorie inclut, entre autres, les symptômes généraux, tels que la fatigue ou les douleurs généralisées ainsi que les infections générales (telles que tuberculose ou rougeole).

NANCY

Nombre de personnes reçues (a)	% ensemble personnes reçu.es en centres fixes	Nombre de consultations					
		Médecine générale	Psychiques	Autres spécialités	Dentaires	Infirmières ou prévention	Entretiens sociaux
657	4.8 %	773	45	0	0	52	807

(a) La file active correspond au nombre de personnes différentes ayant eu au moins une consultation ou un entretien d'accueil au cours de l'année.

Thème Indicateur Modalité	Ville		Autres centres fixes		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Démographie						
Genre (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Femmes	247	37,6 %	4 821	37,4 %	5 068	37,4 %
Âge (taux de réponse : ville 99.7 %, ensemble centres fixes 99.9 %)						
Médiane	35.1		34.8		34.8	
Classes d'âge (taux de réponse : ville 99.7 %, ensemble centres fixes 99.9 %)						
< 18	56	8,5 %	1 155	9 %	1 211	8,9 %
18-39	361	55,1 %	7 211	56 %	7 572	55,9 %
40-59	181	27,6 %	3 664	28,4 %	3 845	28,4 %
60 et plus	57	8,7 %	858	6,7 %	915	6,8 %
Ressortissant·es étranger·es (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Étranger·es	626	95,3 %	12 722	98,6 %	13 348	98,5 %
Groupe continental (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Afrique subsaharienne	137	20,9 %	5 537	42,9 %	5 674	41,9 %
Maghreb	341	51,9 %	4 111	31,9 %	4 452	32,9 %
Europe hors UE	93	14,2 %	906	7 %	999	7,4 %
Proche et Moyen-Orient	23	3,5 %	496	3,8 %	519	3,8 %
Union européenne	48	7,3 %	807	6,3 %	855	6,3 %
Océanie et Amériques	6	0,9 %	240	1,9 %	246	1,8 %
Asie	9	1,4 %	796	6,2 %	805	5,9 %
Nationalités les plus représentées (taux de réponse : ville 99.8 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Algérie	259	39,5 %	2 750	21,3 %	3 009	22,2 %
Maroc	57	8,7 %	684	5,3 %	741	5,5 %
Albanie	46	7 %	202	1,6 %	248	1,8 %
Nigéria	32	4,9 %	312	2,4 %	344	2,5 %
France	31	4,7 %	177	1,4 %	208	1,5 %
Immigration						
Durée de séjour en France des consultants étrangers (a) (taux de réponse : ville 92.8 %, ensemble centres fixes 95.6 %)						
0 à 90 jours inclus	134	23,1 %	3 751	30,8 %	3 885	30,4 %
3 à moins de 6 mois	58	10 %	1 483	12,2 %	1 541	12,1 %
6 à moins de 12 mois	30	5,2 %	1 081	8,9 %	1 111	8,7 %
12 mois à moins de 2 ans	67	11,5 %	1 479	12,1 %	1 546	12,1 %
2 ans et plus	292	50,3 %	4 385	36 %	4 677	36,7 %

Thème Indicateur Modalité	Ville		Autres centres fixes		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Situation au regard du séjour (b), (c), (d) (taux de réponse : ville 90.9 %, ensemble centres fixes 75.9 %)						
Situation irrégulière	137	54,6 %	3 927	66,3 %	4 064	65,8 %
Demandeur·euses d'asile (b), (e) (taux de réponse : ville 81.9 %, ensemble centres fixes 77 %)						
Dépôt ou tentative de dépôt	81	31,9 %	2 227	34 %	2 308	34 %
Environnement économique						
Activité rémunérée en France chez les plus de 16 ans (b) (taux de réponse : ville 84 %, ensemble centres fixes 79.8 %)						
Activité rémunérée	58	21,2 %	1 645	25,1 %	1 703	24,9 %
Environnement physique						
Situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 87.7 %, ensemble centres fixes 81.6 %)						
Logement personnel	61	20,8 %	522	7,1 %	583	7,6 %
Famille, ami·es ou solidaire	169	57,7 %	3 965	54 %	4 134	54,2 %
Organisme ou association	35	11,9 %	891	12,1 %	926	12,1 %
Squat ou bidonville	4	1,4 %	418	5,7 %	422	5,5 %
À la rue ou hébergement d'urgence	24	8,2 %	1 545	21 %	1 569	20,6 %
Ressenti situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 64.7 %, ensemble centres fixes 79.3 %)						
Temporaire ou instable	108	50 %	4 933	68,5 %	5 041	67,9 %
Environnement social						
Parentalité chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 94.2 %, ensemble centres fixes 81.5 %)						
Parent d'enfant(s) mineur·e(s)	75	27,4 %	1 879	29 %	1 954	28,9 %
Situation familiale chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 91.8 %, ensemble centres fixes 79.2 %)						
Vit seul·e avec enfant(s) mineur·e(s)	10	3,7 %	328	5,2 %	338	5,1 %
Vit seul·e sans enfant mineur·e	167	62,5 %	4 564	72,5 %	4 731	72,1 %
Vit en couple avec enfant(s) mineur·e(s)	34	12,7 %	574	9,1 %	608	9,3 %
Vit en couple sans enfant mineur·e	56	21 %	832	13,2 %	888	13,5 %
Comportements individuels et expériences						
Renoncement aux soins (b) (taux de réponse : ville 49.4 %, ensemble centres fixes 51.5 %)						
Renoncement au cours des 12 derniers mois	49	29,7 %	639	13,8 %	688	14,3 %
Dépistage VIH (f) (taux de réponse : ville 50.5 %, ensemble centres fixes 9.1 %)						
Antécédent de dépistage VIH	40	27,8 %	125	28,8 %	165	28,5 %
Contraception (g) (taux de réponse : ville 51.4 %, ensemble centres fixes 32.6 %)						
Utilisation contraception chez femmes de 15 à 49 ans concernées	10	17,9 %	85	13,3 %	95	13,6 %
Accès au système de santé						
Éligibilité couverture maladie (b) (taux de réponse : ville 76.6 %, ensemble centres fixes 75.1 %)						
PUMa ou AME	167	65,2 %	4 331	64 %	4 498	64 %
PUMa	72	28,1 %	1 201	17,7 %	1 273	18,1 %
AME	95	37,1 %	3 130	46,2 %	3 225	45,9 %
Droits effectifs couverture maladie (b) (taux de réponse : ville 74.6 %, ensemble centres fixes 71 %)						
PUMa ou AME	49	19,7 %	846	13,2 %	895	13,5 %
PUMa	42	16,9 %	490	7,7 %	532	8 %
AME	7	2,8 %	356	5,6 %	363	5,5 %
Droits ouverts chez personnes éligibles (b) (taux de réponse : ville 91.6 %, ensemble centres fixes 93 %)						
PUMa ou AME	48	31,4 %	801	19,9 %	849	20,3 %
PUMa	38	56,7 %	445	41,2 %	483	42,1 %
AME	6	7 %	322	10,9 %	328	10,8 %
Domiciliation (b) (taux de réponse : ville 85.3 %, ensemble centres fixes 78 %)						
Besoin d'une domiciliation administrative	51	17,9 %	1 886	26,9 %	1 937	26,6 %

Thème Indicateur Modalité	Ville		Autres centres fixes		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins (b) (taux de réponse : ville 64.4 %, ensemble centres fixes 60.9 %)						
Méconnaissance des droits et des structures	94	43,7 %	1 772	32,3 %	1 866	32,8 %
Difficultés financières	92	42,8 %	932	17 %	1 024	18 %
Barrière linguistique	63	29,3 %	1 359	24,8 %	1 422	25 %
Difficultés administratives	55	25,6 %	1 816	33,1 %	1 871	32,8 %
Aucun droit possible	37	17,2 %	1 091	19,9 %	1 128	19,8 %
Etat de santé consultations de médecine générale						
Principaux chapitres de la CISP-2 liés aux diagnostics (h) (taux de réponse : ville 91.7 %, ensemble centres fixes 84.1 %)						
Ostéoarticulaire	111	26,5 %	1 234	19,2 %	1 345	19,6 %
Digestif	87	20,8 %	1 369	21,3 %	1 456	21,2 %
Respiratoire	77	18,4 %	1 105	17,2 %	1 182	17,2 %
Peau	61	14,6 %	826	12,8 %	887	12,9 %
Psychologique	44	10,5 %	537	8,3 %	581	8,5 %
Diagnostics définis comme chroniques par les médecins au cours de l'année (taux de réponse : ville 72.4 %, ensemble centres fixes 46.9 %)						
Patient·es avec un diagnostic ou plus défini comme chronique	184	55,6 %	2 081	59,6 %	2 265	59,2 %
Diagnostics avec retard de recours aux soins d'après les médecins (taux de réponse : ville 72.6 %, ensemble centres fixes 48.4 %)						
Patient·es avec un diagnostic ou plus avec retard de recours aux soins	117	35,2 %	1 400	38,7 %	1 517	38,4 %
Urgence de la prise en charge d'après les médecins (taux de réponse : ville 73.9 %, ensemble centres fixes 47.4 %)						
Consultations nécessitant une prise en charge urgente ou assez urgente	243	42,6 %	1 853	36,9 %	2 096	37,5 %

(a) Durée entre la date de dernière entrée en France et la date de première consultation ou entretien en 2025.
(b) Situation lors de l'entretien d'accueil pour les personnes dont la première visite a eu lieu en 2025.
(c) Parmi les personnes étrangères majeures.
(d) Sans titre de séjour ou sans autorisation de séjour en France ; titre de séjour dans un autre pays européen et depuis plus de 3 mois en France.
(e) Parmi les personnes étrangères hors Union européenne.
(f) Situation lors de la première consultation de médecine générale pour les personnes dont la première consultation a eu lieu en 2025.
(g) Patientes âgées de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'une consultation de médecine générale ou d'un entretien DSSR en 2025. Les patientes enceintes ou considérées comme non concernées au cours d'une consultation du fait par exemple d'un désir de grossesse ou de l'absence de menstruations ont été exclues de l'analyse.
(h) En nombre et pourcentage de patient·es ayant présenté à au moins une reprise en 2025 un diagnostic associé au chapitre.
Le chapitre de la CISP-2 « général et non spécifié » regroupe les symptômes, plaintes, diagnostics et motifs de consultation qui ne sont pas spécifiques à un appareil anatomique. Cette catégorie inclut, entre autres, les symptômes généraux, tels que la fatigue ou les douleurs généralisées ainsi que les infections générales (telles que tuberculose ou rougeole).

NICE

Nombre de personnes reçues (a)	% ensemble personnes reçu.es en centres fixes	Nombre de consultations					
		Médecine générale	Psychiques	Autres spécialités	Dentaires	Infirmières ou prévention	Entretiens sociaux
1 099	8.1 %	888	116	0	0	23	908

(a) La file active correspond au nombre de personnes différentes ayant eu au moins une consultation ou un entretien d'accueil au cours de l'année.

Thème Indicateur Modalité	Ville		Autres centres fixes		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Démographie						
Genre (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Femmes	522	47,5 %	4 546	36,5 %	5 068	37,4 %
Âge (taux de réponse : ville 99.8 %, ensemble centres fixes 99.9 %)						
Médiane	39.9		34.4		34.8	
Classes d'âge (taux de réponse : ville 99.8 %, ensemble centres fixes 99.9 %)						
< 18	53	4,8 %	1 158	9,3 %	1 211	8,9 %
18-39	502	45,8 %	7 070	56,8 %	7 572	55,9 %
40-59	417	38 %	3 428	27,5 %	3 845	28,4 %
60 et plus	125	11,4 %	790	6,3 %	915	6,8 %
Ressortissant·es étranger·es (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Étranger·es	1 076	97,9 %	12 272	98,5 %	13 348	98,5 %
Groupe continental (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Afrique subsaharienne	295	26,9 %	5 379	43,2 %	5 674	41,9 %
Maghreb	330	30,1 %	4 122	33,1 %	4 452	32,9 %
Europe hors UE	197	17,9 %	802	6,4 %	999	7,4 %
Proche et Moyen-Orient	10	0,9 %	509	4,1 %	519	3,8 %
Union européenne	101	9,2 %	754	6,1 %	855	6,3 %
Océanie et Amériques	36	3,3 %	210	1,7 %	246	1,8 %
Asie	129	11,7 %	676	5,4 %	805	5,9 %
Nationalités les plus représentées (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Tunisie	205	18,7 %	294	2,4 %	499	3,7 %
Philippines	120	10,9 %	11	0,1 %	131	1 %
Cap Vert	73	6,6 %	14	0,1 %	87	0,6 %
Algérie	71	6,5 %	2 938	23,6 %	3 009	22,2 %
Russie	58	5,3 %	32	0,3 %	90	0,7 %
Immigration						
Durée de séjour en France des consultants étrangers (a) (taux de réponse : ville 98.6 %, ensemble centres fixes 95.6 %)						
0 à 90 jours inclus	175	16,5 %	3 710	31,7 %	3 885	30,4 %
3 à moins de 6 mois	97	9,1 %	1 444	12,3 %	1 541	12,1 %
6 à moins de 12 mois	95	9 %	1 016	8,7 %	1 111	8,7 %
12 mois à moins de 2 ans	134	12,6 %	1 412	12,1 %	1 546	12,1 %
2 ans et plus	560	52,8 %	4 117	35,2 %	4 677	36,7 %

Thème Indicateur Modalité	Ville		Autres centres fixes		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Situation au regard du séjour (b), (c), (d) (taux de réponse : ville 88.2 %, ensemble centres fixes 75.9 %)						
Situation irrégulière	379	70,7 %	3 685	65,3 %	4 064	65,8 %
Demandeur·euses d'asile (b), (e) (taux de réponse : ville 95.4 %, ensemble centres fixes 77 %)						
Dépôt ou tentative de dépôt	136	23,4 %	2 172	34,9 %	2 308	34 %
Environnement économique						
Activité rémunérée en France chez les plus de 16 ans (b) (taux de réponse : ville 97.5 %, ensemble centres fixes 79.8 %)						
Activité rémunérée	254	41,3 %	1 449	23,3 %	1 703	24,9 %
Environnement physique						
Situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 94.2 %, ensemble centres fixes 81.6 %)						
Logement personnel	95	15,1 %	488	7 %	583	7,6 %
Famille, ami·es ou solidaire	441	69,9 %	3 693	52,7 %	4 134	54,2 %
Organisme ou association	28	4,4 %	898	12,8 %	926	12,1 %
Squat ou bidonville	3	0,5 %	419	6 %	422	5,5 %
À la rue ou hébergement d'urgence	64	10,1 %	1 505	21,5 %	1 569	20,6 %
Ressenti situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 94.5 %, ensemble centres fixes 79.3 %)						
Temporaire ou instable	292	46,1 %	4 749	70 %	5 041	67,9 %
Environnement social						
Parentalité chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 96.2 %, ensemble centres fixes 81.5 %)						
Parent d'enfant(s) mineur·e(s)	165	27,5 %	1 789	29,1 %	1 954	28,9 %
Situation familiale chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 95 %, ensemble centres fixes 79.2 %)						
Vit seul·e avec enfant(s) mineur·e(s)	44	7,4 %	294	4,9 %	338	5,1 %
Vit seul·e sans enfant mineur·e	387	65,3 %	4 344	72,7 %	4 731	72,1 %
Vit en couple avec enfant(s) mineur·e(s)	60	10,1 %	548	9,2 %	608	9,3 %
Vit en couple sans enfant mineur·e	102	17,2 %	786	13,2 %	888	13,5 %
Comportements individuels et expériences						
Renoncement aux soins (b) (taux de réponse : ville 63.9 %, ensemble centres fixes 51.5 %)						
Renoncement au cours des 12 derniers mois	111	25,9 %	577	13,2 %	688	14,3 %
Dépistage VIH (f) (taux de réponse : ville 42.3 %, ensemble centres fixes 9.1 %)						
Antécédent de dépistage VIH	52	30,1 %	113	27,9 %	165	28,5 %
Contraception (g) (taux de réponse : ville 52.7 %, ensemble centres fixes 32.6 %)						
Utilisation contraception chez femmes de 15 à 49 ans concernées	11	12,4 %	84	13,8 %	95	13,6 %
Accès au système de santé						
Éligibilité couverture maladie (b) (taux de réponse : ville 92.8 %, ensemble centres fixes 75.1 %)						
PUMa ou AME	453	72,8 %	4 045	63,2 %	4 498	64 %
PUMa	114	18,3 %	1 159	18,1 %	1 273	18,1 %
AME	339	54,5 %	2 886	45,1 %	3 225	45,9 %
Droits effectifs couverture maladie (b) (taux de réponse : ville 91.6 %, ensemble centres fixes 71 %)						
PUMa ou AME	64	10,4 %	831	13,8 %	895	13,5 %
PUMa	52	8,5 %	480	8 %	532	8 %
AME	12	2 %	351	5,8 %	363	5,5 %
Droits ouverts chez personnes éligibles (b) (taux de réponse : ville 98.7 %, ensemble centres fixes 93 %)						
PUMa ou AME	64	14,3 %	785	21 %	849	20,3 %
PUMa	46	40,7 %	437	42,3 %	483	42,1 %
AME	12	3,6 %	316	11,7 %	328	10,8 %
Domiciliation (b) (taux de réponse : ville 93 %, ensemble centres fixes 78 %)						
Besoin d'une domiciliation administrative	70	11,2 %	1 867	28 %	1 937	26,6 %

Thème Indicateur Modalité	Ville		Autres centres fixes		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins (b) (taux de réponse : ville 93.3 %, ensemble centres fixes 60.9 %)						
Difficultés administratives	322	51,5 %	1 549	30,5 %	1 871	32,8 %
Méconnaissance des droits et des structures	313	50,1 %	1 553	30,6 %	1 866	32,8 %
Barrière linguistique	227	36,3 %	1 195	23,6 %	1 422	25 %
Difficultés financières	181	29 %	843	16,6 %	1 024	18 %
Aucun droit possible	157	25,1 %	971	19,1 %	1 128	19,8 %
Etat de santé consultations de médecine générale						
Principaux chapitres de la CISP-2 liés aux diagnostics (h) (taux de réponse : ville 84.3 %, ensemble centres fixes 84.1 %)						
Respiratoire	94	18,6 %	1 088	17,1 %	1 182	17,2 %
Ostéoarticulaire	77	15,2 %	1 268	20 %	1 345	19,6 %
Digestif	76	15 %	1 380	21,7 %	1 456	21,2 %
Peau	74	14,6 %	813	12,8 %	887	12,9 %
Cardiovasculaire	71	14 %	669	10,5 %	740	10,8 %
Diagnostics définis comme chroniques par les médecins au cours de l'année (taux de réponse : ville 52.7 %, ensemble centres fixes 46.9 %)						
Patient·es avec un diagnostic ou plus défini comme chronique	184	58,2 %	2 081	59,3 %	2 265	59,2 %
Diagnostics avec retard de recours aux soins d'après les médecins (taux de réponse : ville 54.7 %, ensemble centres fixes 48.4 %)						
Patient·es avec un diagnostic ou plus avec retard de recours aux soins	114	34,8 %	1 403	38,7 %	1 517	38,4 %
Urgence de la prise en charge d'après les médecins (taux de réponse : ville 64.5 %, ensemble centres fixes 47.4 %)						
Consultations nécessitant une prise en charge urgente ou assez urgente	108	18,8 %	1 988	39,6 %	2 096	37,5 %

(a) Durée entre la date de dernière entrée en France et la date de première consultation ou entretien en 2025.
(b) Situation lors de l'entretien d'accueil pour les personnes dont la première visite a eu lieu en 2025.
(c) Parmi les personnes étrangères majeures.
(d) Sans titre de séjour ou sans autorisation de séjour en France ; titre de séjour dans un autre pays européen et depuis plus de 3 mois en France.
(e) Parmi les personnes étrangères hors Union européenne.
(f) Situation lors de la première consultation de médecine générale pour les personnes dont la première consultation a eu lieu en 2025.
(g) Patientes âgées de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'une consultation de médecine générale ou d'un entretien DSSR en 2025. Les patientes enceintes ou considérées comme non concernées au cours d'une consultation du fait par exemple d'un désir de grossesse ou de l'absence de menstruations ont été exclues de l'analyse.
(h) En nombre et pourcentage de patient·es ayant présenté à au moins une reprise en 2025 un diagnostic associé au chapitre.
Le chapitre de la CISP-2 « général et non spécifié » regroupe les symptômes, plaintes, diagnostics et motifs de consultation qui ne sont pas spécifiques à un appareil anatomique. Cette catégorie inclut, entre autres, les symptômes généraux, tels que la fatigue ou les douleurs généralisées ainsi que les infections générales (telles que tuberculose ou rougeole).

PARIS

Nombre de personnes reçues (a)	% ensemble personnes reçu.es en centres fixes	Nombre de consultations					
		Médecine générale	Psychiques	Autres spécialités	Dentaires	Infirmières ou prévention	Entretiens sociaux
1 617	11.9 %	1 615	351	0	0	0	1 605

(a) La file active correspond au nombre de personnes différentes ayant eu au moins une consultation ou un entretien d'accueil au cours de l'année.

Thème Indicateur Modalité	Ville		Autres centres fixes		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Démographie						
Genre (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Femmes	630	39 %	4 438	37,2 %	5 068	37,4 %
Âge (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 99.9 %)						
Médiane	35.3		34.7		34.8	
Classes d'âge (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 99.9 %)						
< 18	74	4,6 %	1 137	9,5 %	1 211	8,9 %
18-39	961	59,4 %	6 611	55,4 %	7 572	55,9 %
40-59	473	29,3 %	3 372	28,3 %	3 845	28,4 %
60 et plus	109	6,7 %	806	6,8 %	915	6,8 %
Ressortissant·es étranger·es (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Étranger·es	1 608	99,4 %	11 740	98,3 %	13 348	98,5 %
Groupe continental (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Afrique subsaharienne	1 022	63,2 %	4 652	39 %	5 674	41,9 %
Maghreb	287	17,7 %	4 165	34,9 %	4 452	32,9 %
Europe hors UE	19	1,2 %	980	8,2 %	999	7,4 %
Proche et Moyen-Orient	112	6,9 %	407	3,4 %	519	3,8 %
Union européenne	20	1,2 %	835	7 %	855	6,3 %
Océanie et Amériques	47	2,9 %	199	1,7 %	246	1,8 %
Asie	110	6,8 %	695	5,8 %	805	5,9 %
Nationalités les plus représentées (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Côte d'Ivoire	288	17,8 %	806	6,8 %	1 094	8,1 %
Cameroun	204	12,6 %	379	3,2 %	583	4,3 %
Algérie	189	11,7 %	2 820	23,6 %	3 009	22,2 %
Mali	113	7 %	209	1,8 %	322	2,4 %
RDC	86	5,3 %	614	5,1 %	700	5,2 %
Immigration						
Durée de séjour en France des consultants étrangers (a) (taux de réponse : ville 98.2 %, ensemble centres fixes 95.6 %)						
0 à 90 jours inclus	495	31,3 %	3 390	30,3 %	3 885	30,4 %
3 à moins de 6 mois	224	14,2 %	1 317	11,8 %	1 541	12,1 %
6 à moins de 12 mois	161	10,2 %	950	8,5 %	1 111	8,7 %
12 mois à moins de 2 ans	221	14 %	1 325	11,9 %	1 546	12,1 %
2 ans et plus	478	30,3 %	4 199	37,6 %	4 677	36,7 %

Thème Indicateur Modalité	Ville		Autres centres fixes		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Situation au regard du séjour (b), (c), (d) (taux de réponse : ville 81 %, ensemble centres fixes 75.9 %)						
Situation irrégulière	648	69,4 %	3 416	65,2 %	4 064	65,8 %
Demandeur·euses d'asile (b), (e) (taux de réponse : ville 82.4 %, ensemble centres fixes 77 %)						
Dépôt ou tentative de dépôt	312	31,1 %	1 996	34,4 %	2 308	34 %
Environnement économique						
Activité rémunérée en France chez les plus de 16 ans (b) (taux de réponse : ville 84.4 %, ensemble centres fixes 79.8 %)						
Activité rémunérée	215	21,5 %	1 488	25,5 %	1 703	24,9 %
Environnement physique						
Situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 82.8 %, ensemble centres fixes 81.6 %)						
Logement personnel	40	3,9 %	543	8,2 %	583	7,6 %
Famille, ami·es ou solidaire	718	70,4 %	3 416	51,6 %	4 134	54,2 %
Organisme ou association	41	4 %	885	13,4 %	926	12,1 %
Squat ou bidonville	18	1,8 %	404	6,1 %	422	5,5 %
À la rue ou hébergement d'urgence	203	19,9 %	1 366	20,7 %	1 569	20,6 %
Ressenti situation d'habitat (b)) (taux de réponse : ville 81.5 %, ensemble centres fixes 79.3 %)						
Temporaire ou instable	703	70 %	4 338	67,6 %	5 041	67,9 %
Environnement social						
Parentalité chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 83.8 %, ensemble centres fixes 81.5 %)						
Parent d'enfant(s) mineur·e(s)	311	32 %	1 643	28,4 %	1 954	28,9 %
Situation familiale chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 82 %, ensemble centres fixes 79.2 %)						
Vit seul·e avec enfant(s) mineur·e(s)	44	4,6 %	294	5,2 %	338	5,1 %
Vit seul·e sans enfant mineur·e	748	78,6 %	3 983	71 %	4 731	72,1 %
Vit en couple avec enfant(s) mineur·e(s)	49	5,1 %	559	10 %	608	9,3 %
Vit en couple sans enfant mineur·e	111	11,7 %	777	13,8 %	888	13,5 %
Comportements individuels et expériences						
Renoncement aux soins (b) (taux de réponse : ville 66.5 %, ensemble centres fixes 51.5 %)						
Renoncement au cours des 12 derniers mois	98	12 %	590	14,8 %	688	14,3 %
Dépistage VIH (f) (taux de réponse : ville 10.3 %, ensemble centres fixes 9.1 %)						
Antécédent de dépistage VIH	24	21,2 %	141	30,3 %	165	28,5 %
Contraception (g) (taux de réponse : ville 49.4 %, ensemble centres fixes 32.6 %)						
Utilisation contraception chez femmes de 15 à 49 ans concernées	13	7,6 %	82	15,6 %	95	13,6 %
Accès au système de santé						
Éligibilité couverture maladie (b) (taux de réponse : ville 80 %, ensemble centres fixes 75.1 %)						
PUMa ou AME	601	61 %	3 897	64,5 %	4 498	64 %
PUMa	177	18 %	1 096	18,1 %	1 273	18,1 %
AME	424	43 %	2 801	46,4 %	3 225	45,9 %
Droits effectifs couverture maladie (b) (taux de réponse : ville 73.7 %, ensemble centres fixes 71 %)						
PUMa ou AME	116	12,8 %	779	13,6 %	895	13,5 %
PUMa	71	7,8 %	461	8 %	532	8 %
AME	45	5 %	318	5,6 %	363	5,5 %
Droits ouverts chez personnes éligibles (b) (taux de réponse : ville 92 %, ensemble centres fixes 93 %)						
PUMa ou AME	110	19,9 %	739	20,4 %	849	20,3 %
PUMa	66	41,2 %	417	42,2 %	483	42,1 %
AME	41	10,4 %	287	10,9 %	328	10,8 %
Domiciliation (b) (taux de réponse : ville 81.1 %, ensemble centres fixes 78 %)						
Besoin d'une domiciliation administrative	278	27,8 %	1 659	26,4 %	1 937	26,6 %

Thème Indicateur Modalité	Ville		Autres centres fixes		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins (b) (taux de réponse : ville 53.3 %, ensemble centres fixes 60.9 %)						
Méconnaissance des droits et des structures	261	39,7 %	1 605	31,8 %	1 866	32,8 %
Difficultés administratives	215	32,7 %	1 656	32,9 %	1 871	32,8 %
Difficultés financières	167	25,4 %	857	17 %	1 024	18 %
Barrière linguistique	141	21,5 %	1 281	25,4 %	1 422	25 %
Aucun droit possible	93	14,2 %	1 035	20,5 %	1 128	19,8 %
Etat de santé consultations de médecine générale						
Principaux chapitres de la CISP-2 liés aux diagnostics (h) (taux de réponse : ville 81.6 %, ensemble centres fixes 84.1 %)						
Digestif	238	23,1 %	1 218	20,9 %	1 456	21,2 %
Général et non spécifié	200	19,4 %	645	11,1 %	845	12,3 %
Ostéoarticulaire	199	19,3 %	1 146	19,7 %	1 345	19,6 %
Cardiovasculaire	124	12,1 %	616	10,6 %	740	10,8 %
Respiratoire	114	11,1 %	1 068	18,3 %	1 182	17,2 %
Diagnostics définis comme chroniques par les médecins au cours de l'année (taux de réponse : ville 33.5 %, ensemble centres fixes 46.9 %)						
Patient·es avec un diagnostic ou plus défini comme chronique	288	68,2 %	1 977	58,1 %	2 265	59,2 %
Diagnostics avec retard de recours aux soins d'après les médecins (taux de réponse : ville 34.8 %, ensemble centres fixes 48.4 %)						
Patient·es avec un diagnostic ou plus avec retard de recours aux soins	188	42,8 %	1 329	37,8 %	1 517	38,4 %
Urgence de la prise en charge d'après les médecins (taux de réponse : ville 32 %, ensemble centres fixes 47.4 %)						
Consultations nécessitant une prise en charge urgente ou assez urgente	271	52,5 %	1 825	36 %	2 096	37,5 %

(a) Durée entre la date de dernière entrée en France et la date de première consultation ou entretien en 2025.
(b) Situation lors de l'entretien d'accueil pour les personnes dont la première visite a eu lieu en 2025.
(c) Parmi les personnes étrangères majeures.
(d) Sans titre de séjour ou sans autorisation de séjour en France ; titre de séjour dans un autre pays européen et depuis plus de 3 mois en France.
(e) Parmi les personnes étrangères hors Union européenne.
(f) Situation lors de la première consultation de médecine générale pour les personnes dont la première consultation a eu lieu en 2025.
(g) Patientes âgées de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'une consultation de médecine générale ou d'un entretien DSSR en 2025. Les patientes enceintes ou considérées comme non concernées au cours d'une consultation du fait par exemple d'un désir de grossesse ou de l'absence de menstruations ont été exclues de l'analyse.
(h) En nombre et pourcentage de patient·es ayant présenté à au moins une reprise en 2025 un diagnostic associé au chapitre.
Le chapitre de la CISP-2 « général et non spécifié » regroupe les symptômes, plaintes, diagnostics et motifs de consultation qui ne sont pas spécifiques à un appareil anatomique. Cette catégorie inclut, entre autres, les symptômes généraux, tels que la fatigue ou les douleurs généralisées ainsi que les infections générales (telles que tuberculose ou rougeole).

ROUEN

Nombre de personnes reçues (a)	% ensemble personnes reçu.es en centres fixes	Nombre de consultations					
		Médecine générale	Psychiques	Autres spécialités	Dentaires	Infirmières ou prévention	Entretiens sociaux
409	3 %	0	0	0	0	117	121

(a) La file active correspond au nombre de personnes différentes ayant eu au moins une consultation ou un entretien d'accueil au cours de l'année.

Thème Indicateur Modalité	Ville		Autres centres fixes		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Démographie						
Genre (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Femmes	163	39,9 %	4 905	37,3 %	5 068	37,4 %
Âge (taux de réponse : ville 99.8 %, ensemble centres fixes 99.9 %)						
Médiane	35		34.8		34.8	
Classes d'âge (taux de réponse : ville 99.8 %, ensemble centres fixes 99.9 %)						
< 18	9	2,2 %	1 202	9,2 %	1 211	8,9 %
18-39	260	63,7 %	7 312	55,7 %	7 572	55,9 %
40-59	125	30,6 %	3 720	28,3 %	3 845	28,4 %
60 et plus	14	3,4 %	901	6,9 %	915	6,8 %
Ressortissant·es étranger·es (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Étranger·es	398	97,3 %	12 950	98,5 %	13 348	98,5 %
Groupe continental (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Afrique subsaharienne	153	37,4 %	5 521	42 %	5 674	41,9 %
Maghreb	205	50,1 %	4 247	32,3 %	4 452	32,9 %
Europe hors UE	5	1,2 %	994	7,6 %	999	7,4 %
Proche et Moyen-Orient	15	3,7 %	504	3,8 %	519	3,8 %
Union européenne	15	3,7 %	840	6,4 %	855	6,3 %
Océanie et Amériques	13	3,2 %	233	1,8 %	246	1,8 %
Asie	3	0,7 %	802	6,1 %	805	5,9 %
Nationalités les plus représentées (taux de réponse : ville 99.8 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Algérie	129	31,6 %	2 880	21,9 %	3 009	22,2 %
Maroc	37	9,1 %	704	5,4 %	741	5,5 %
Tunisie	26	6,4 %	473	3,6 %	499	3,7 %
RDC	24	5,9 %	676	5,1 %	700	5,2 %
Côte d'Ivoire	23	5,6 %	1 071	8,1 %	1 094	8,1 %
Immigration						
Durée de séjour en France des consultants étrangers (a) (taux de réponse : ville 93 %, ensemble centres fixes 95.6 %)						
0 à 90 jours inclus	123	33,2 %	3 762	30,4 %	3 885	30,4 %
3 à moins de 6 mois	46	12,4 %	1 495	12,1 %	1 541	12,1 %
6 à moins de 12 mois	40	10,8 %	1 071	8,6 %	1 111	8,7 %
12 mois à moins de 2 ans	37	10 %	1 509	12,2 %	1 546	12,1 %
2 ans et plus	124	33,5 %	4 553	36,7 %	4 677	36,7 %

Thème Indicateur Modalité	Ville		Autres centres fixes		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Situation au regard du séjour (b), (c), (d) (taux de réponse : ville 83.3 %, ensemble centres fixes 75.9 %)						
Situation irrégulière	177	63,2 %	3 887	65,9 %	4 064	65,8 %
Demandeur·euses d'asile (b), (e) (taux de réponse : ville 63 %, ensemble centres fixes 77 %)						
Dépôt ou tentative de dépôt	66	30,6 %	2 242	34,1 %	2 308	34 %
Environnement économique						
Activité rémunérée en France chez les plus de 16 ans (b) (taux de réponse : ville 82.6 %, ensemble centres fixes 79.8 %)						
Activité rémunérée	67	23,1 %	1 636	25 %	1 703	24,9 %
Environnement physique						
Situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 87.6 %, ensemble centres fixes 81.6 %)						
Logement personnel	55	17,6 %	528	7,2 %	583	7,6 %
Famille, ami·es ou solidaire	187	59,9 %	3 947	53,9 %	4 134	54,2 %
Organisme ou association	18	5,8 %	908	12,4 %	926	12,1 %
Squat ou bidonville	11	3,5 %	411	5,6 %	422	5,5 %
À la rue ou hébergement d'urgence	41	13,1 %	1 528	20,9 %	1 569	20,6 %
Ressenti situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 85.4 %, ensemble centres fixes 79.3 %)						
Temporaire ou instable	159	52,3 %	4 882	68,6 %	5 041	67,9 %
Environnement social						
Parentalité chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 80.3 %, ensemble centres fixes 81.5 %)						
Parent d'enfant(s) mineur·e(s)	103	37,1 %	1851	28,6 %	1954	28,9 %
Situation familiale chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 76.3 %, ensemble centres fixes 79.2 %)						
Vit seul·e avec enfant(s) mineur·e(s)	19	7,2 %	319	5,1 %	338	5,1 %
Vit seul·e sans enfant mineur·e	148	56,1 %	4 583	72,7 %	4 731	72,1 %
Vit en couple avec enfant(s) mineur·e(s)	49	18,6 %	559	8,9 %	608	9,3 %
Vit en couple sans enfant mineur·e	48	18,2 %	840	13,3 %	888	13,5 %
Comportements individuels et expériences						
Renoncement aux soins (b) (taux de réponse : ville 18 %, ensemble centres fixes 51.5 %)						
Renoncement au cours des 12 derniers mois	8	12,5 %	680	14,3 %	688	14,3 %
Dépistage VIH (f) (taux de réponse : ville 0 %, ensemble centres fixes 9.1 %)						
Antécédent de dépistage VIH						
Contraception (g) (taux de réponse : ville 22.6 %, ensemble centres fixes 32.6 %)						
Utilisation contraception chez femmes de 15 à 49 ans concernées	7	100 %	88	12,8 %	95	13,6 %
Accès au système de santé						
Éligibilité couverture maladie (b) (taux de réponse : ville 86.5 %, ensemble centres fixes 75.1 %)						
PUMa ou AME	219	71,1 %	4 279	63,7 %	4 498	64 %
PUMa	74	24 %	1 199	17,8 %	1 273	18,1 %
AME	145	47,1 %	3 080	45,8 %	3 225	45,9 %
Droits effectifs couverture maladie (b) (taux de réponse : ville 81.7 %, ensemble centres fixes 71 %)						
PUMa ou AME	92	31,6 %	803	12,7 %	895	13,5 %
PUMa	49	16,8 %	483	7,6 %	532	8 %
AME	43	14,8 %	320	5 %	363	5,5 %
Droits ouverts chez personnes éligibles (b) (taux de réponse : ville 95 %, ensemble centres fixes 93 %)						
PUMa ou AME	87	41,8 %	762	19,2 %	849	20,3 %
PUMa	47	66,2 %	436	40,5 %	483	42,1 %
AME	38	27,7 %	290	10 %	328	10,8 %
Domiciliation (b) (taux de réponse : ville 86 %, ensemble centres fixes 78 %)						
Besoin d'une domiciliation administrative	56	18,3 %	1 881	26,9 %	1 937	26,6 %

Thème Indicateur Modalité	Ville		Autres centres fixes		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins (b) (taux de réponse : ville 18.8 %, ensemble centres fixes 60.9 %)						
Méconnaissance des droits et des structures	14	20,9 %	1 852	32,9 %	1 866	32,8 %
Difficultés administratives	12	17,9 %	1 859	33 %	1 871	32,8 %
Difficultés financières	12	17,9 %	1 012	18 %	1 024	18 %
Barrière linguistique	10	14,9 %	1 412	25,1 %	1 422	25 %
Aucun droit possible	6	9 %	1 122	19,9 %	1 128	19,8 %
Etat de santé consultations de médecine générale						
Principaux chapitres de la CISP-2 liés aux diagnostics (h) (taux de réponse : ville 0 %, ensemble centres fixes 84.1 %)						
Diagnostics définis comme chroniques par les médecins au cours de l'année (taux de réponse : ville %, ensemble centres fixes 46.9 %)						
Patient·es avec un diagnostic ou plus défini comme chronique						
Diagnostics avec retard de recours aux soins d'après les médecins (taux de réponse : ville 0 %, ensemble centres fixes 48.4 %)						
Patient·es avec un diagnostic ou plus avec retard de recours aux soins						
Urgence de la prise en charge d'après les médecins (taux de réponse : ville 0 %, ensemble centres fixes 47.4 %)						
Consultations nécessitant une prise en charge urgente ou assez urgente						

(a) Durée entre la date de dernière entrée en France et la date de première consultation ou entretien en 2025.
(b) Situation lors de l'entretien d'accueil pour les personnes dont la première visite a eu lieu en 2025.
(c) Parmi les personnes étrangères majeures.
(d) Sans titre de séjour ou sans autorisation de séjour en France ; titre de séjour dans un autre pays européen et depuis plus de 3 mois en France.
(e) Parmi les personnes étrangères hors Union européenne.
(f) Situation lors de la première consultation de médecine générale pour les personnes dont la première consultation a eu lieu en 2025.
(g) Patientes âgées de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'une consultation de médecine générale ou d'un entretien DSSR en 2025. Les patientes enceintes ou considérées comme non concernées au cours d'une consultation du fait par exemple d'un désir de grossesse ou de l'absence de menstruations ont été exclues de l'analyse.
(h) En nombre et pourcentage de patient·es ayant présenté à au moins une reprise en 2025 un diagnostic associé au chapitre.
Le chapitre de la CISP-2 « général et non spécifié » regroupe les symptômes, plaintes, diagnostics et motifs de consultation qui ne sont pas spécifiques à un appareil anatomique. Cette catégorie inclut, entre autres, les symptômes généraux, tels que la fatigue ou les douleurs généralisées ainsi que les infections générales (telles que tuberculose ou rougeole).

SAINT-DENIS

Nombre de personnes reçues (a)	% ensemble personnes reçu.es en centres fixes	Nombre de consultations					
		Médecine générale	Psychiques	Autres spécialités	Dentaires	Infirmières ou prévention	Entretiens sociaux
2 178	16.1 %	1 751	483	87	0	274	2 963

(a) La file active correspond au nombre de personnes différentes ayant eu au moins une consultation ou un entretien d'accueil au cours de l'année.

Thème Indicateur Modalité	Ville		Autres centres fixes		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Démographie						
Genre (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Femmes	762	35 %	4 306	37,8 %	5 068	37,4 %
Âge (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 99.9 %)						
Médiane	36.4		34.5		34.8	
Classes d'âge (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 99.9 %)						
< 18	78	3,6 %	1 133	10 %	1 211	8,9 %
18-39	1 285	59 %	6 287	55,3 %	7 572	55,9 %
40-59	691	31,7 %	3 154	27,7 %	3 845	28,4 %
60 et plus	123	5,6 %	792	7 %	915	6,8 %
Ressortissant·es étranger·es (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Étranger·es	2 172	99,7 %	11 176	98,2 %	13 348	98,5 %
Groupe continental (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Afrique subsaharienne	1 108	50,9 %	4 566	40,2 %	5 674	41,9 %
Maghreb	390	17,9 %	4 062	35,7 %	4 452	32,9 %
Europe hors UE	19	0,9 %	980	8,6 %	999	7,4 %
Proche et Moyen-Orient	120	5,5 %	399	3,5 %	519	3,8 %
Union européenne	131	6 %	724	6,4 %	855	6,3 %
Océanie et Amériques	25	1,1 %	221	1,9 %	246	1,8 %
Asie	385	17,7 %	420	3,7 %	805	5,9 %
Nationalités les plus représentées (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Côte d'Ivoire	444	20,4 %	650	5,7 %	1 094	8,1 %
Inde	316	14,5 %	14	0,1 %	330	2,4 %
Algérie	282	13 %	2 727	24 %	3 009	22,2 %
Cameroun	156	7,2 %	427	3,8 %	583	4,3 %
Mali	127	5,8 %	195	1,7 %	322	2,4 %
Immigration						
Durée de séjour en France des consultants étrangers (a) (taux de réponse : ville 94.8 %, ensemble centres fixes 95.6 %)						
0 à 90 jours inclus	539	26,2 %	3 346	31,3 %	3 885	30,4 %
3 à moins de 6 mois	286	13,9 %	1 255	11,7 %	1 541	12,1 %
6 à moins de 12 mois	213	10,3 %	898	8,4 %	1 111	8,7 %
12 mois à moins de 2 ans	278	13,5 %	1 268	11,9 %	1 546	12,1 %
2 ans et plus	744	36,1 %	3 933	36,8 %	4 677	36,7 %

Thème Indicateur Modalité	Ville		Autres centres fixes		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Situation au regard du séjour (b), (c), (d) (taux de réponse : ville 64.2 %, ensemble centres fixes 75.9 %)						
Situation irrégulière	786	85,9 %	3 278	62,3 %	4 064	65,8 %
Demandeur·euses d'asile (b), (e) (taux de réponse : ville 67.5 %, ensemble centres fixes 77 %)						
Dépôt ou tentative de dépôt	173	17,6 %	2 135	36,7 %	2 308	34 %
Environnement économique						
Activité rémunérée en France chez les plus de 16 ans (b) (taux de réponse : ville 69 %, ensemble centres fixes 79.8 %)						
Activité rémunérée	369	36,9 %	1 334	22,9 %	1 703	24,9 %
Environnement physique						
Situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 66.8 %, ensemble centres fixes 81.6 %)						
Logement personnel	41	4,1 %	542	8,2 %	583	7,6 %
Famille, ami·es ou solidaire	769	76,7 %	3 365	50,7 %	4 134	54,2 %
Organisme ou association	13	1,3 %	913	13,8 %	926	12,1 %
Squat ou bidonville	30	3 %	392	5,9 %	422	5,5 %
À la rue ou hébergement d'urgence	150	15 %	1 419	21,4 %	1 569	20,6 %
Ressenti situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 67.6 %, ensemble centres fixes 79.3 %)						
Temporaire ou instable	572	56,4 %	4 469	69,8 %	5 041	67,9 %
Environnement social						
Parentalité chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 69.9 %, ensemble centres fixes 81.5 %)						
Parent d'enfant(s) mineur·e(s)	221	22,1 %	1 733	30,1 %	1 954	28,9 %
Situation familiale chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 69.6 %, ensemble centres fixes 79.2 %)						
Vit seul·e avec enfant(s) mineur·e(s)	21	2,1 %	317	5,7 %	338	5,1 %
Vit seul·e sans enfant mineur·e	790	79,4 %	3 941	70,8 %	4 731	72,1 %
Vit en couple avec enfant(s) mineur·e(s)	69	6,9 %	539	9,7 %	608	9,3 %
Vit en couple sans enfant mineur·e	115	11,6 %	773	13,9 %	888	13,5 %
Comportements individuels et expériences						
Renoncement aux soins (b) (taux de réponse : ville 57.8 %, ensemble centres fixes 51.5 %)						
Renoncement au cours des 12 derniers mois	142	16,4 %	546	13,8 %	688	14,3 %
Dépistage VIH (f) (taux de réponse : ville 0.5 %, ensemble centres fixes 9.1 %)						
Antécédent de dépistage VIH	4	80 %	161	28,1 %	165	28,5 %
Contraception (g) (taux de réponse : ville 8 %, ensemble centres fixes 32.6 %)						
Utilisation contraception chez femmes de 15 à 49 ans concernées	1	4 %	94	14 %	95	13,6 %
Accès au système de santé						
Eligibilité couverture maladie (b) (taux de réponse : ville 62 %, ensemble centres fixes 75.1 %)						
PUMa ou AME	609	65,4 %	3 889	63,8 %	4 498	64 %
PUMa	60	6,4 %	1 213	19,9 %	1 273	18,1 %
AME	549	59 %	2 676	43,9 %	3 225	45,9 %
Droits effectifs couverture maladie (b) (taux de réponse : ville 59.5 %, ensemble centres fixes 71 %)						
PUMa ou AME	41	4,6 %	854	14,9 %	895	13,5 %
PUMa	21	2,4 %	511	8,9 %	532	8 %
AME	20	2,2 %	343	6 %	363	5,5 %
Droits ouverts chez personnes éligibles (b) (taux de réponse : ville 96.4 %, ensemble centres fixes 93 %)						
PUMa ou AME	38	6,5 %	811	22,6 %	849	20,3 %
PUMa	17	32,7 %	466	42,6 %	483	42,1 %
AME	20	3,7 %	308	12,3 %	328	10,8 %
Domiciliation (b) (taux de réponse : ville 65.3 %, ensemble centres fixes 78 %)						
Besoin d'une domiciliation administrative	358	36,5 %	1 579	25 %	1 937	26,6 %

Thème Indicateur Modalité	Ville		Autres centres fixes		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins (b) (taux de réponse : ville 56.6 %, ensemble centres fixes 60.9 %)						
Méconnaissance des droits et des structures	305	35,9 %	1 561	32,2 %	1 866	32,8 %
Barrière linguistique	226	26,6 %	1 196	24,7 %	1 422	25 %
Difficultés administratives	208	24,5 %	1 663	34,3 %	1 871	32,8 %
Difficultés financières	104	12,2 %	920	19 %	1 024	18 %
Aucun droit possible	89	10,5 %	1 039	21,4 %	1 128	19,8 %
Etat de santé consultations de médecine générale						
Principaux chapitres de la CISP-2 liés aux diagnostics (h) (taux de réponse : ville 92.3 %, ensemble centres fixes 84.1 %)						
Ostéoarticulaire	244	21,3 %	1 101	19,3 %	1 345	19,6 %
Digestif	238	20,8 %	1 218	21,3 %	1 456	21,2 %
Respiratoire	189	16,5 %	993	17,4 %	1 182	17,2 %
Cardiovasculaire	180	15,7 %	560	9,8 %	740	10,8 %
Général et non spécifié	171	14,9 %	674	11,8 %	845	12,3 %
Diagnostics définis comme chroniques par les médecins au cours de l'année (taux de réponse : ville 35.2 %, ensemble centres fixes 46.9 %)						
Patient·es avec un diagnostic ou plus défini comme chronique	265	60,8 %	2 000	59 %	2 265	59,2 %
Diagnostics avec retard de recours aux soins d'après les médecins (taux de réponse : ville 39.5 %, ensemble centres fixes 48.4 %)						
Patient·es avec un diagnostic ou plus avec retard de recours aux soins	335	68,4 %	1 182	34,2 %	1 517	38,4 %
Urgence de la prise en charge d'après les médecins (taux de réponse : ville 20.6 %, ensemble centres fixes 47.4 %)						
Consultations nécessitant une prise en charge urgente ou assez urgente	263	73,1 %	1 833	35,1 %	2 096	37,5 %

(a) Durée entre la date de dernière entrée en France et la date de première consultation ou entretien en 2025.
(b) Situation lors de l'entretien d'accueil pour les personnes dont la première visite a eu lieu en 2025.
(c) Parmi les personnes étrangères majeures.
(d) Sans titre de séjour ou sans autorisation de séjour en France ; titre de séjour dans un autre pays européen et depuis plus de 3 mois en France.
(e) Parmi les personnes étrangères hors Union européenne.
(f) Situation lors de la première consultation de médecine générale pour les personnes dont la première consultation a eu lieu en 2025.
(g) Patientes âgées de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'une consultation de médecine générale ou d'un entretien DSSR en 2025. Les patientes enceintes ou considérées comme non concernées au cours d'une consultation du fait par exemple d'un désir de grossesse ou de l'absence de menstruations ont été exclues de l'analyse.
(h) En nombre et pourcentage de patient·es ayant présenté à au moins une reprise en 2025 un diagnostic associé au chapitre.
Le chapitre de la CISP-2 « général et non spécifié » regroupe les symptômes, plaintes, diagnostics et motifs de consultation qui ne sont pas spécifiques à un appareil anatomique. Cette catégorie inclut, entre autres, les symptômes généraux, tels que la fatigue ou les douleurs généralisées ainsi que les infections générales (telles que tuberculose ou rougeole).

STRASBOURG

Nombre de personnes reçues (a)	% ensemble personnes reçu.es en centres fixes	Nombre de consultations					
		Médecine générale	Psychiques	Autres spécialités	Dentaires	Infirmières ou prévention	Entretiens sociaux
384	2.8 %	390	0	0	0	364	414

(a) La file active correspond au nombre de personnes différentes ayant eu au moins une consultation ou un entretien d'accueil au cours de l'année.

Thème Indicateur Modalité	Ville		Autres centres fixes		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Démographie						
Genre (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Femmes	154	40,1 %	4 914	37,3 %	5 068	37,4 %
Âge (taux de réponse : ville 99.7 %, ensemble centres fixes 99.9 %)						
Médiane	40.1		34.7		34.8	
Classes d'âge (taux de réponse : ville 99.7 %, ensemble centres fixes 99.9 %)						
< 18	13	3,4 %	1 198	9,1 %	1 211	8,9 %
18-39	175	45,7 %	7 397	56,2 %	7 572	55,9 %
40-59	138	36 %	3 707	28,2 %	3 845	28,4 %
60 et plus	57	14,9 %	858	6,5 %	915	6,8 %
Ressortissant·es étranger·es (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Étranger·es	382	99,5 %	12 966	98,4 %	13 348	98,5 %
Groupe continental (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Afrique subsaharienne	120	31,3 %	5 554	42,2 %	5 674	41,9 %
Maghreb	145	37,9 %	4 307	32,7 %	4 452	32,9 %
Europe hors UE	77	20,1 %	922	7 %	999	7,4 %
Proche et Moyen-Orient	13	3,4 %	506	3,8 %	519	3,8 %
Union européenne	17	4,4 %	838	6,4 %	855	6,3 %
Océanie et Amériques	1	0,3 %	245	1,9 %	246	1,8 %
Asie	10	2,6 %	795	6 %	805	5,9 %
Nationalités les plus représentées (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Algérie	109	28,4 %	2 900	22 %	3 009	22,2 %
Maroc	30	7,8 %	711	5,4 %	741	5,5 %
Cameroun	21	5,5 %	562	4,3 %	583	4,3 %
Géorgie	20	5,2 %	243	1,8 %	263	1,9 %
Kosovo	20	5,2 %	31	0,2 %	51	0,4 %
Immigration						
Durée de séjour en France des consultants étrangers (a) (taux de réponse : ville 98.4 %, ensemble centres fixes 95.6 %)						
0 à 90 jours inclus	98	26,1 %	3 787	30,6 %	3 885	30,4 %
3 à moins de 6 mois	38	10,1 %	1 503	12,1 %	1 541	12,1 %
6 à moins de 12 mois	29	7,7 %	1 082	8,7 %	1 111	8,7 %
12 mois à moins de 2 ans	44	11,7 %	1 502	12,1 %	1 546	12,1 %
2 ans et plus	167	44,4 %	4 510	36,4 %	4 677	36,7 %

Thème Indicateur Modalité	Ville		Autres centres fixes		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Situation au regard du séjour (b), (c), (d) (taux de réponse : ville 58.4 %, ensemble centres fixes 75.9 %)						
Situation irrégulière	88	72,1 %	3 976	65,7 %	4 064	65,8 %
Demandeur·euses d'asile (b), (e) (taux de réponse : ville 60.6 %, ensemble centres fixes 77 %)						
Dépôt ou tentative de dépôt	51	40,5 %	2 257	33,8 %	2 308	34 %
Environnement économique						
Activité rémunérée en France chez les plus de 16 ans (b) (taux de réponse : ville 68.6 %, ensemble centres fixes 79.8 %)						
Activité rémunérée	15	10,4 %	1 688	25,3 %	1 703	24,9 %
Environnement physique						
Situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 63.5 %, ensemble centres fixes 81.6 %)						
Logement personnel	9	6,4 %	574	7,7 %	583	7,6 %
Famille, ami·es ou solidaire	81	57,4 %	4 053	54,1 %	4 134	54,2 %
Organisme ou association	22	15,6 %	904	12,1 %	926	12,1 %
Squat ou bidonville						
À la rue ou hébergement d'urgence	29	20,6 %	1 540	20,6 %	1 569	20,6 %
Ressenti situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 66.2 %, ensemble centres fixes 79.3 %)						
Temporaire ou instable	119	81 %	4 922	67,7 %	5 041	67,9 %
Environnement social						
Parentalité chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 66.7 %, ensemble centres fixes 81.5 %)						
Parent d'enfant(s) mineur·e(s)	50	35,7 %	1 904	28,8 %	1 954	28,9 %
Situation familiale chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 63.3 %, ensemble centres fixes 79.2 %)						
Vit seul·e avec enfant(s) mineur·e(s)	6	4,5 %	332	5,2 %	338	5,1 %
Vit seul·e sans enfant mineur·e	78	58,6 %	4 653	72,3 %	4 731	72,1 %
Vit en couple avec enfant(s) mineur·e(s)	15	11,3 %	593	9,2 %	608	9,3 %
Vit en couple sans enfant mineur·e	34	25,6 %	854	13,3 %	888	13,5 %
Comportements individuels et expériences						
Renoncement aux soins (b) (taux de réponse : ville 55 %, ensemble centres fixes 51.5 %)						
Renoncement au cours des 12 derniers mois	29	23,8 %	659	14,1 %	688	14,3 %
Dépistage VIH (f) (taux de réponse : ville 16.7 %, ensemble centres fixes 9.1 %)						
Antécédent de dépistage VIH	6	21,4 %	159	28,9 %	165	28,5 %
Contraception (g) (taux de réponse : ville 39.3 %, ensemble centres fixes 32.6 %)						
Utilisation contraception chez femmes de 15 à 49 ans concernées	7	31,8 %	88	13,1 %	95	13,6 %
Accès au système de santé						
Éligibilité couverture maladie (b) (taux de réponse : ville 58.6 %, ensemble centres fixes 75.1 %)						
PUMa ou AME	85	65,4 %	4 413	64 %	4 498	64 %
PUMa	22	16,9 %	1 251	18,1 %	1 273	18,1 %
AME	63	48,5 %	3 162	45,9 %	3 225	45,9 %
Droits effectifs couverture maladie (b) (taux de réponse : ville 62.2 %, ensemble centres fixes 71 %)						
PUMa ou AME	32	23,2 %	863	13,3 %	895	13,5 %
PUMa	19	13,8 %	513	7,9 %	532	8 %
AME	13	9,4 %	350	5,4 %	363	5,5 %
Droits ouverts chez personnes éligibles (b) (taux de réponse : ville 98.8 %, ensemble centres fixes 93 %)						
PUMa ou AME	29	34,5 %	820	20 %	849	20,3 %
PUMa	14	66,7 %	469	41,7 %	483	42,1 %
AME	10	15,9 %	318	10,7 %	328	10,8 %
Domiciliation (b) (taux de réponse : ville 65.3 %, ensemble centres fixes 78 %)						
Besoin d'une domiciliation administrative	19	13,1 %	1 918	26,8 %	1 937	26,6 %

Thème Indicateur Modalité	Ville		Autres centres fixes		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins (b) (taux de réponse : ville 45 %, ensemble centres fixes 60.9 %)						
Difficultés administratives	34	34 %	1 837	32,8 %	1 871	32,8 %
Méconnaissance des droits et des structures	25	25 %	1 841	32,9 %	1 866	32,8 %
Barrière linguistique	18	18 %	1 404	25,1 %	1 422	25 %
Aucun droit possible	11	11 %	1 117	20 %	1 128	19,8 %
Difficultés financières	8	8 %	1 016	18,2 %	1 024	18 %
Etat de santé consultations de médecine générale						
Principaux chapitres de la CISP-2 liés aux diagnostics (h) (taux de réponse : ville 91.8 %, ensemble centres fixes 84.1 %)						
Ostéoarticulaire	59	27,7 %	1 286	19,4 %	1 345	19,6 %
Digestif	44	20,7 %	1 412	21,3 %	1 456	21,2 %
Cardiovasculaire	44	20,7 %	696	10,5 %	740	10,8 %
Respiratoire	34	16 %	1 148	17,3 %	1 182	17,2 %
Peau	27	12,7 %	860	12,9 %	887	12,9 %
Diagnostics définis comme chroniques par les médecins au cours de l'année (taux de réponse : ville 49.6 %, ensemble centres fixes 46.9 %)						
Patient·es avec un diagnostic ou plus défini comme chronique	87	75,7 %	2 178	58,7 %	2 265	59,2 %
Diagnostics avec retard de recours aux soins d'après les médecins (taux de réponse : ville 51.7 %, ensemble centres fixes 48.4 %)						
Patient·es avec un diagnostic ou plus avec retard de recours aux soins	17	14,2 %	1 500	39,2 %	1 517	38,4 %
Urgence de la prise en charge d'après les médecins (taux de réponse : ville 57.7 %, ensemble centres fixes 47.4 %)						
Consultations nécessitant une prise en charge urgente ou assez urgente	57	25,3 %	2 039	38 %	2 096	37,5 %

(a) Durée entre la date de dernière entrée en France et la date de première consultation ou entretien en 2025.
(b) Situation lors de l'entretien d'accueil pour les personnes dont la première visite a eu lieu en 2025.
(c) Parmi les personnes étrangères majeures.
(d) Sans titre de séjour ou sans autorisation de séjour en France ; titre de séjour dans un autre pays européen et depuis plus de 3 mois en France.
(e) Parmi les personnes étrangères hors Union européenne.
(f) Situation lors de la première consultation de médecine générale pour les personnes dont la première consultation a eu lieu en 2025.
(g) Patientes âgées de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'une consultation de médecine générale ou d'un entretien DSSR en 2025. Les patientes enceintes ou considérées comme non concernées au cours d'une consultation du fait par exemple d'un désir de grossesse ou de l'absence de menstruations ont été exclues de l'analyse.
(h) En nombre et pourcentage de patient·es ayant présenté à au moins une reprise en 2025 un diagnostic associé au chapitre.
Le chapitre de la CISP-2 « général et non spécifié » regroupe les symptômes, plaintes, diagnostics et motifs de consultation qui ne sont pas spécifiques à un appareil anatomique. Cette catégorie inclut, entre autres, les symptômes généraux, tels que la fatigue ou les douleurs généralisées ainsi que les infections générales (telles que tuberculose ou rougeole).

TOULOUSE

Nombre de personnes reçues (a)	% ensemble personnes reçu.es en centres fixes	Nombre de consultations					
		Médecine générale	Psychiques	Autres spécialités	Dentaires	Infirmières ou prévention	Entretiens sociaux
1 070	7.9 %	905	357	0	0	189	789

(a) La file active correspond au nombre de personnes différentes ayant eu au moins une consultation ou un entretien d'accueil au cours de l'année.

Thème Indicateur Modalité	Ville		Autres centres fixes		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Démographie						
Genre (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Femmes	497	46,4 %	4 571	36,6 %	5 068	37,4 %
Âge (taux de réponse : ville 99.9 %, ensemble centres fixes 99.9 %)						
Médiane	33.1		34.9		34.8	
Classes d'âge (taux de réponse : ville 99.9 %, ensemble centres fixes 99.9 %)						
< 18	142	13,3 %	1 069	8,6 %	1 211	8,9 %
18-39	585	54,7 %	6 987	56 %	7 572	55,9 %
40-59	273	25,5 %	3 572	28,6 %	3 845	28,4 %
60 et plus	69	6,5 %	846	6,8 %	915	6,8 %
Ressortissants étrangers (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Étranger·es	1 037	96,9 %	12 311	98,6 %	13 348	98,5 %
Groupe continental (taux de réponse : ville 100 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Afrique subsaharienne	542	50,7 %	5 132	41,1 %	5 674	41,9 %
Maghreb	206	19,3 %	4 246	34 %	4 452	32,9 %
Europe hors UE	96	9 %	903	7,2 %	999	7,4 %
Proche et Moyen-Orient	61	5,7 %	458	3,7 %	519	3,8 %
Union européenne	70	6,5 %	785	6,3 %	855	6,3 %
Océanie et Amériques	38	3,6 %	208	1,7 %	246	1,8 %
Asie	57	5,3 %	748	6 %	805	5,9 %
Nationalités les plus représentées (taux de réponse : ville 99.9 %, ensemble centres fixes 100 %)						
Algérie	137	12,8 %	2 872	23 %	3 009	22,2 %
RDC	110	10,3 %	590	4,7 %	700	5,2 %
Guinée	77	7,2 %	637	5,1 %	714	5,3 %
Côte d'Ivoire	59	5,5 %	1 035	8,3 %	1 094	8,1 %
Angola	48	4,5 %	254	2 %	302	2,2 %
Immigration						
Durée de séjour en France des consultants étrangers (a) (taux de réponse : ville 93.9 %, ensemble centres fixes 95.6 %)						
0 à 90 jours inclus	471	48,4 %	3 414	29 %	3 885	30,4 %
3 à moins de 6 mois	88	9 %	1 453	12,3 %	1 541	12,1 %
6 à moins de 12 mois	68	7 %	1 043	8,8 %	1 111	8,7 %
12 mois à moins de 2 ans	94	9,7 %	1 452	12,3 %	1 546	12,1 %
2 ans et plus	253	26 %	4 424	37,5 %	4 677	36,7 %

Thème Indicateur Modalité	Ville		Autres centres fixes		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Situation au regard du séjour (b), (c), (d) (taux de réponse : ville 59.5 %, ensemble centres fixes 75.9 %)						
Situation irrégulière	114	28,6 %	3 950	68,4 %	4 064	65,8 %
Demandeur·euses d'asile (b), (e) (taux de réponse : ville 62.2 %, ensemble centres fixes 77 %)						
Dépôt ou tentative de dépôt	331	69,2 %	1 977	31,3 %	2 308	34 %
Environnement économique						
Activité rémunérée en France chez les plus de 16 ans (b) (taux de réponse : ville 47 %, ensemble centres fixes 79.8 %)						
Activité rémunérée	16	4,8 %	1 687	26 %	1 703	24,9 %
Environnement physique						
Situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 72.5 %, ensemble centres fixes 81.6 %)						
Logement personnel	30	5 %	553	7,9 %	583	7,6 %
Famille, ami·es ou solidaire	153	25,7 %	3 981	56,6 %	4 134	54,2 %
Organisme ou association	269	45,2 %	657	9,3 %	926	12,1 %
Squat ou bidonville	23	3,9 %	399	5,7 %	422	5,5 %
À la rue ou hébergement d'urgence	120	20,2 %	1 449	20,6 %	1 569	20,6 %
Ressenti situation d'habitat (b) (taux de réponse : ville 60.7 %, ensemble centres fixes 79.3 %)						
Temporaire ou instable	403	80,9 %	4 638	67 %	5 041	67,9 %
Environnement social						
Parentalité chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 63.6 %, ensemble centres fixes 81.5 %)						
Parent d'enfant(s) mineur·e(s)	138	31,2 %	1 816	28,8 %	1 954	28,9 %
Situation familiale chez les plus de 18 ans (b) (taux de réponse : ville 57.6 %, ensemble centres fixes 79.2 %)						
Vit seul·e avec enfant(s) mineur·e(s)	32	8 %	306	5 %	338	5,1 %
Vit seul·e sans enfant mineur·e	288	71,8 %	4 443	72,1 %	4 731	72,1 %
Vit en couple avec enfant(s) mineur·e(s)	33	8,2 %	575	9,3 %	608	9,3 %
Vit en couple sans enfant mineur·e	48	12 %	840	13,6 %	888	13,5 %
Comportements individuels et expériences						
Renoncement aux soins (b) (taux de réponse : ville 18 %, ensemble centres fixes 51.5 %)						
Renoncement au cours des 12 derniers mois	18	12,2 %	670	14,4 %	688	14,3 %
Dépistage VIH (f) (taux de réponse : ville 0.4 %, ensemble centres fixes 9.1 %)						
Antécédent de dépistage VIH	2	100 %	163	28,3 %	165	28,5 %
Contraception (g) (taux de réponse : ville 1.9 %, ensemble centres fixes 32.6 %)						
Utilisation contraception chez femmes de 15 à 49 ans concernées						
Accès au système de santé						
Éligibilité couverture maladie (b) (taux de réponse : ville 52.7 %, ensemble centres fixes 75.1 %)						
PUMa ou AME	164	37,9 %	4 334	65,7 %	4 498	64 %
PUMa	57	13,2 %	1 216	18,4 %	1 273	18,1 %
AME	107	24,7 %	3 118	47,3 %	3 225	45,9 %
Droits effectifs couverture maladie (b) (taux de réponse : ville 52.7 %, ensemble centres fixes 71 %)						
PUMa ou AME	47	10,9 %	848	13,7 %	895	13,5 %
PUMa	24	5,5 %	508	8,2 %	532	8 %
AME	23	5,3 %	340	5,5 %	363	5,5 %
Droits ouverts chez personnes éligibles (b) (taux de réponse : ville 90.9 %, ensemble centres fixes 93 %)						
PUMa ou AME	39	26,2 %	810	20,1 %	849	20,3 %
PUMa	20	40 %	463	42,2 %	483	42,1 %
AME	17	17,2 %	311	10,6 %	328	10,8 %
Domiciliation (b) (taux de réponse : ville 54.6 %, ensemble centres fixes 78 %)						
Besoin d'une domiciliation administrative	57	12,7 %	1 880	27,5 %	1 937	26,6 %

Thème Indicateur Modalité	Ville		Autres centres fixes		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins (b) (taux de réponse : ville 33.4 %, ensemble centres fixes 60.9 %)						
Aucun droit possible	157	57,3 %	971	17,9 %	1 128	19,8 %
Barrière linguistique	76	27,7 %	1 346	24,8 %	1 422	25 %
Méconnaissance des droits et des structures	67	24,5 %	1 799	33,2 %	1 866	32,8 %
Difficultés administratives	37	13,5 %	1 834	33,8 %	1 871	32,8 %
Difficultés financières	17	6,2 %	1 007	18,6 %	1 024	18 %
Etat de santé consultations de médecine générale						
Principaux chapitres de la CISP-2 liés aux diagnostics (h) (taux de réponse : ville 83.8 %, ensemble centres fixes 84.1 %)						
Respiratoire	114	20,5 %	1 068	16,9 %	1 182	17,2 %
Ostéoarticulaire	113	20,4 %	1 232	19,5 %	1 345	19,6 %
Digestif	106	19,1 %	1 350	21,4 %	1 456	21,2 %
Peau	90	16,2 %	797	12,6 %	887	12,9 %
Psychologique	61	11 %	520	8,3 %	581	8,5 %
Diagnostics définis comme chroniques par les médecins au cours de l'année (taux de réponse : ville 41.4 %, ensemble centres fixes 46.9 %)						
Patient·es avec un diagnostic ou plus défini comme chronique	170	62 %	2 095	59 %	2 265	59,2 %
Diagnostics avec retard de recours aux soins d'après les médecins (taux de réponse : ville 41.4 %, ensemble centres fixes 48.4 %)						
Patient·es avec un diagnostic ou plus avec retard de recours aux soins	102	37,2 %	1 415	38,5 %	1 517	38,4 %
Urgence de la prise en charge d'après les médecins (taux de réponse : ville 47.6 %, ensemble centres fixes 47.4 %)						
Consultations nécessitant une prise en charge urgente ou assez urgente	207	48 %	1 889	36,6 %	2 096	37,5 %

(a) Durée entre la date de dernière entrée en France et la date de première consultation ou entretien en 2025.
(b) Situation lors de l'entretien d'accueil pour les personnes dont la première visite a eu lieu en 2025.
(c) Parmi les personnes étrangères majeures.
(d) Sans titre de séjour ou sans autorisation de séjour en France ; titre de séjour dans un autre pays européen et depuis plus de 3 mois en France.
(e) Parmi les personnes étrangères hors Union européenne.
(f) Situation lors de la première consultation de médecine générale pour les personnes dont la première consultation a eu lieu en 2025.
(g) Patientes âgées de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'une consultation de médecine générale ou d'un entretien DSSR en 2025. Les patientes enceintes ou considérées comme non concernées au cours d'une consultation du fait par exemple d'un désir de grossesse ou de l'absence de menstruations ont été exclues de l'analyse.
(h) En nombre et pourcentage de patient·es ayant présenté à au moins une reprise en 2025 un diagnostic associé au chapitre.
Le chapitre de la CISP-2 « général et non spécifié » regroupe les symptômes, plaintes, diagnostics et motifs de consultation qui ne sont pas spécifiques à un appareil anatomique. Cette catégorie inclut, entre autres, les symptômes généraux, tels que la fatigue ou les douleurs généralisées ainsi que les infections générales (telles que tuberculose ou rougeole).

	Ensemble file active (a)	Moyenne des centres fixes (b)	Bordeaux	Grenoble	Lyon	Marseille	Montpellier	Nancy	Nice	Paris	Rouen	Saint-Denis	Strasbourg	Toulouse	Taux de réponse
Ressortissants étrangers	98,5	98,2	98,7	98,7	98,5	98,6	97,9	95,3	97,9	99,4	97,3	99,7	99,5	96,9	100
Groupe continental d'origine (%)															
Union européenne	6,3	6,1	13,4	4,5	7,8	2,0	7,2	7,3	9,2	1,2	3,7	*6,0*	*4,4*	*6,5*	100
Europe hors UE	7,4	8,6	14,3	8,5	5,5	2,1	7,8	14,2	17,9	1,2	1,2	0,9	20,1	9,0	100
Afrique subsaharienne	41,9	39,4	40,9	55,8	53,3	25,4	16,7	20,9	26,9	63,2	37,4	50,9	31,3	50,7	100
Maghreb	32,9	36,0	23,0	25,8	28,1	68,7	61,7	51,9	30,1	17,7	50,1	17,9	37,9	19,3	100
Proche et Moyen-Orient	3,8	3,5	4,4	2,5	1,9	1,1	3,0	3,5	0,9	6,9	3,7	5,5	3,4	5,7	100
Asie	5,9	4,5	2,3	1,6	2,4	0,4	1,7	1,4	11,7	6,8	0,7	17,7	2,6	5,3	100
Océanie et Amériques	1,8	1,8	1,8	1,3	1,1	0,3	1,9	0,9	3,3	2,9	3,2	1,1	0,3	3,6	100
Immigration															
Durée de séjour en France des étrangers (a)															
0 à 90 jours inclus	30,4	30,8	27,8	42,2	43,8	27,3	24,1	23,1	16,5	31,3	33,2	26,2	26,1	48,4	95.6
3 à moins de 6 mois	12,1	11,8	8,9	13,5	14,9	13,9	11,4	10,0	9,1	14,2	12,4	13,9	10,1	9,0	95.6
6 à moins de 12 mois	8,7	8,5	6,7	6,8	9,4	10,3	8,4	5,2	9,0	10,2	10,8	10,3	7,7	7,0	95.6
12 mois à moins de 2 ans	12,1	11,7	12,5	9,3	11,5	11,1	13,3	11,5	12,6	14,0	10,0	13,5	11,7	9,7	95.6
2 ans et plus	36,7	37,2	44,1	28,2	20,4	37,5	42,8	50,3	52,8	30,3	33,5	36,1	44,4	26,0	95.6
Situation administrative au regard du séjour (b), (c), (d) (%)															
Situation irrégulière	65,8	62,9	49,5	48,9	58,3	85,9	67,7	54,6	70,7	69,4	63,2	85,9	72,1	28,6	75.9
Demandeur·euses d'asile (b), (e)															
Dépôt ou tentative de dépôt	34,0	35,4	55,1	54,0	31,3	15,0	25,5	31,9	23,4	31,1	30,6	17,6	40,5	69,2	77
Environnement économique															
Activité rémunérée en France chez les plus de 16 ans (b)															

	Ensemble file active (a)	Moyenne des centres fixes (b)	Bordeaux	Grenoble	Lyon	Marseille	Montpellier	Nancy	Nice	Paris	Rouen	Saint-Denis	Strasbourg	Toulouse	Taux de réponse
Activité des centres fixes															
File active															
File active 2025	13 556	1 129	1 628	1 006	1 016	1 319	1 173	657	1 099	1 617	409	2 178	384	1 070	
Répartition par centres fixes (%)	100	8,0	12,0	7,4	7,5	9,7	**8,7**	4,8	8,1	11,9	3,0	16,1	2,8	7,9	
Motif(s) de venue lors de la première visite dans un centre fixe (b) (%)															
Besoin en santé uniquement	58,3	58,4	62,4	90,2	79,7	36,2	45,7	72,2	46,8	35,2	42,1	57,3	46,5	86,6	86.4
Besoin en santé et question administrative, sociale ou juridique	22,1	20,4	19,4	3,5	11,6	33,1	17,0	12,1	17,0	51,8	28,2	22,5	22,2	6,7	86.4
Question administrative, sociale ou juridique uniquement	19,6	21,2	18,2	6,4	8,7	30,7	37,3	15,7	36,2	13,0	29,7	20,2	31,2	6,7	86.4
Interprétariat lorsque besoin identifié (%)															
Interprète professionnel	45,5	39,8	44,3	34,2	60,9	28,5	30,5	33,2	7,8	62,9	29,4	74,3	32,0	39,6	54.5
Démographie															
Genre (%)															
Hommes	62,6	62,1	56,4	58,1	67,5	77,9	70,9	62,4	52,2	61,0	60,1	65,0	59,9	53,5	100
Femmes	37,4	37,9	43,6	41,8	32,5	22,1	29,1	37,6	47,5	39,0	39,9	35,0	40,1	46,4	100
Transgenre	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	100
Âge															
Moyenne	36,1	36,2	36,9	31,8	30,2	34,7	36,1	36,6	41,0	37,1	36,5	37,5	41,8	33,9	99.9
Médiane	34,8	34,7	36,0	30,6	28,7	32,7	34,0	35,1	39,9	35,3	35,0	36,4	40,1	33,1	99.9
Mineur·es (%)	8,9	9,1	9,3	16,9	29,7	7,7	5,3	8,5	4,8	4,6	2,2	3,6	3,4	13,3	99.9
Nationalité (%)															

	Ensemble file active (a)	Moyenne des centres fixes (b)	Bordeaux	Grenoble	Lyon	Marseille	Montpellier	Nancy	Nice	Paris	Rouen	Saint-Denis	Strasbourg	Toulouse	Taux de réponse
Antécédent de dépistage VIH	28,5	44,7	31,0	22,2	54,5	28,3	75,0	27,8	30,1	21,2		80,0	21,4	100,0	9.1
Antécédent de dépistage VHB	28,6	44,2	30,0	22,2	58,3	31,2	66,7	28,5	28,7	21,2		80,0	19,2	100,0	9.4
Antécédent de dépistage VHC	26,6	43,6	30,0	22,2	54,5	26,7	75,0	28,0	28,9	14,7		80,0	19,2	100,0	9.3
Contraception (g)															
Utilisation contraception chez femmes de 15 à 49 ans concernées	13,6	21,0	10,0	9,5	16,4	20,8	21,9	17,9	12,4	7,6	100,0	4,0	31,8	0,0	32.6
Antécédent de dépistage du cancer du col de l'utérus chez femmes (h) (%)															
Frottis ou dépistage HPV	21,0	18,4	8,3	9,4	14,7	35,7	23,5	35,6	15,1	23,3	7,7	0,0	47,1	0,0	23.7
Pas de frottis ou dépistage HPV	62,2	63,8	81,9	71,9	52,9	51,4	76,5	64,4	43,0	69,2	53,8	53,8	47,1	100,0	23.7
Ne sait pas	16,8	17,8	9,7	18,8	32,4	12,9	0,0	0,0	41,9	7,5	38,5	46,2	5,9	0,0	23.7
Antécédents de grossesse chez les femmes de 15 ans et plus (%)															
Antécédent de grossesse	70,2	71,3	78,3	75,0	59,2	58,3	70,4	44,7	73,9	73,1		79,1	72,4	100,0	12.5
Accès au système de santé															
Éligibilité couverture maladie (b)															
PUMa ou AME	64,0	63,9	70,9	52,6	67,1	67,9	68,9	65,2	72,8	61,0	71,1	65,4	65,4	37,9	75.1
PUMa	18,1	18,9	34,7	17,4	24,5	10,7	14,9	28,1	18,3	18,0	24,0	6,4	16,9	13,2	75.1
AME	45,9	44,9	36,2	35,2	42,7	57,2	53,9	37,1	54,5	43,0	47,1	59,0	48,5	24,7	75.1
Droits effectifs couverture maladie (b)															
PUMa ou AME	13,5	15,6	26,1	9,4	11,9	13,2	13,3	19,7	10,4	12,8	31,6	4,6	23,2	10,9	71
PUMa	8,0	9,4	17,9	3,6	7,0	6,3	6,4	16,9	8,5	7,8	16,8	2,4	13,8	5,5	71
AME	5,5	6,2	8,2	5,8	4,9	6,9	6,9	2,8	2,0	5,0	14,8	2,2	9,4	5,3	71
Droits ouverts chez personnes éligibles (b)															
PUMa ou AME	20,3	23,6	36,7	17,7	17,5	19,3	16,9	31,4	14,3	19,9	41,8	6,5	34,5	26,2	93

	Ensemble file active (a)	Moyenne des centres fixes (b)	Bordeaux	Grenoble	Lyon	Marseille	Montpellier	Nancy	Nice	Paris	Rouen	Saint-Denis	Strasbourg	Toulouse	Taux de réponse
Activité remunérée	24,9	21,9	11,6	12,2	9,8	50,2	20,0	21,2	41,3	21,5	23,1	36,9	10,4	4,8	79.8
Environnement physique															
Situation d'habitat (b)															
Logement personnel	7,6	9,0	4,9	8,2	4,3	11,3	6,0	20,8	15,1	3,9	17,6	4,1	6,4	5,0	81.6
Famille, ami·es ou solidaire	54,2	53,6	46,5	40,6	35,0	47,3	55,5	57,7	69,9	70,4	59,9	76,7	57,4	25,7	81.6
Organisme ou association	12,1	13,0	22,3	11,7	15,5	4,6	13,7	11,9	4,4	4,0	5,8	1,3	15,6	45,2	81.6
Squat ou bidonville	5,5	4,8	8,2	1,8	7,8	21,5	3,8	1,4	0,5	1,8	3,5	3,0	0,0	3,9	81.6
A la rue ou hébergement d'urgence	20,6	19,7	18,1	37,7	37,3	15,3	21,0	8,2	10,1	19,9	13,1	15,0	20,6	20,2	81.6
Ressenti situation d'habitat (b)															
Temporaire ou instable	67,9	67,6	71,0	76,2	83,8	64,4	78,6	50,0	46,1	70,0	52,3	56,4	81,0	80,9	79.3
Environnement social															
Parentalité chez les plus de 18 ans (b)															
Parent d'enfant(s) mineur·e(s)	28,9	30,0	32,7	40,0	28,9	21,9	23,5	27,4	27,5	32,0	37,1	22,1	35,7	31,2	81.5
Situation familiale chez les plus de 18 ans (b)															
Vit seul·e avec enfant(s) mineur·e(s)	5,1	5,5	7,1	7,5	5,8	2,1	5,5	3,7	7,4	4,6	7,2	2,1	4,5	8,0	79.2
Vit seul·e sans enfant mineur·e	72,1	69,2	69,0	67,3	73,7	76,8	71,5	62,5	65,3	78,6	56,1	79,4	58,6	71,8	79.2
Vit en couple avec enfant(s) mineur·e(s)	9,3	10,2	9,2	11,9	8,5	12,0	8,3	12,7	10,1	5,1	18,6	6,9	11,3	8,2	79.2
Vit en couple sans enfant mineur·e	13,5	15,1	14,7	13,2	12,0	9,2	14,7	21,0	17,2	11,7	18,2	11,6	25,6	12,0	79.2
Comportements individuels et expériences															
Renoncement aux soins (b)															
Renoncement au cours des 12 derniers mois	14,3	15,5	8,6	9,2	4,4	17,7	13,2	29,7	25,9	12,0	12,5	16,4	23,8	12,2	51.5
Dépistage VIH, VHB, VHC (f) (%)															

	Ensemble file active (a)	Moyenne des centres fixes (b)	Bordeaux	Grenoble	Lyon	Marseille	Montpellier	Nancy	Nice	Paris	Rouen	Saint-Denis	Strasbourg	Toulouse	Taux de réponse
Patient·es avec un diagnostic ou plus défini comme chronique	59,2	59,5	50,8	64,8	47,0	60,0	51,3	55,6	58,2	68,2		60,8	75,7	62,0	46.9
Diagnostics avec retard de recours aux soins d'après les médecins															
Patient·es avec un diagnostic ou plus avec retard de recours aux soins	38,4	35,8	17,3	41,9	34,6	30,0	38,0	35,2	34,8	42,8		68,4	14,2	37,2	48.4
Urgence de la prise en charge d'après les médecins															
Consultations nécessitant une prise en charge urgente ou assez urgente	37,5	38,2	21,8	42,7	32,5	23,2	39,4	42,6	18,8	52,5		73,1	25,3	48,0	47.4

(a) Durée entre la date de dernière entrée en France et la date de première consultation ou entretien en 2025.
(b) Situation lors de l'entretien d'accueil pour les personnes dont la première visite a eu lieu en 2025.
(c) Parmi les personnes étrangères majeures.
(d) Sans titre de séjour ou sans autorisation de séjour en France ; titre de séjour dans un autre pays européen et depuis plus de 3 mois en France.
(e) Parmi les personnes étrangères hors Union européenne.
(f) Situation lors de la première consultation de médecine générale pour les personnes dont la première consultation a eu lieu en 2025.
(g) Patientes âgées de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'une consultation de médecine générale ou d'un entretien DSSR en 2025. Les patientes enceintes ou considérées comme non concernées au cours d'une consultation du fait par exemple d'un désir de grossesse ou de l'absence de menstruations ont été exclues de l'analyse.
(h) Patientes âgées de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'une consultation de médecine générale ou d'un entretien DSSR en 2025
(i) En nombre et pourcentage de patient·es ayant présenté à au moins une reprise en 2025 un diagnostic associé au chapitre.
Le chapitre de la CISP-2 « général et non spécifié » regroupe les symptômes, plaintes, diagnostics et motifs de consultation qui ne sont pas spécifiques à un appareil anatomique. Cette catégorie inclut, entre autres, les symptômes généraux, tels que la fatigue ou les douleurs généralisées ainsi que les infections générales (telles que tuberculose ou rougeole).

	Ensemble file active (a)	Moyenne des centres fixes (b)	Bordeaux	Grenoble	Lyon	Marseille	Montpellier	Nancy	Nice	Paris	Rouen	Saint-Denis	Strasbourg	Toulouse	Taux de réponse
PUMa	42,1	45,0	50,3	19,8	27,6	55,4	42,2	56,7	40,7	41,2	66,2	32,7	66,7	40,0	90.1
AME	10,8	12,9	21,0	15,8	11,3	11,6	9,9	7,0	3,6	10,4	27,7	3,7	15,9	17,2	94.1
Domiciliation (b)															
Adresse personnelle ou chez famille ou amis	38,6	39,9	35,8	28,3	19,3	39,6	23,9	57,2	75,6	40,7	56,2	39,6	34,5	28,1	78
Domiciliation administrative	34,8	36,0	48,9	47,6	48,5	20,9	35,5	24,9	13,2	31,4	25,5	23,9	52,4	59,2	78
Aucune adresse postale	26,6	24,1	15,2	24,1	32,2	39,6	40,6	17,9	11,2	27,8	18,3	36,5	13,1	12,7	78
Principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins (b)															
Difficultés administratives	32,8	30,4	34,0	21,3	32,1	46,9	30,8	25,6	51,5	32,7	17,9	24,5	34,0	13,5	60.9
Méconnaissance des droits et des structures	32,8	30,6	28,7	16,3	23,2	46,4	13,4	43,7	50,1	39,7	20,9	35,9	25,0	24,5	60.9
Aucun obstacle	29,7	30,4	40,1	38,4	29,1	15,7	51,5	7,4	1,9	32,0	55,2	43,6	43,0	7,3	60.9
Barrière linguistique	25,0	23,7	26,1	10,8	20,4	30,9	21,7	29,3	36,3	21,5	14,9	26,6	18,0	27,7	60.9
Aucun droit possible	19,8	20,2	11,5	26,7	22,1	29,3	8,3	17,2	25,1	14,2	9,0	10,5	11,0	57,3	60.9
État de santé consultations de médecine générale															
Principaux chapitres de la CISP-2 concernés par les pathologies (i) (%)															
Digestif	21,2	15,5	12,9	23,1	16,0	17,2	15,6	15,0	11,7	16,0		14,9	13,2	14,5	84.1
Ostéoarticulaire	19,6	14,9	14,1	11,0	14,9	14,3	16,6	19,1	11,8	13,4		15,3	17,7	15,4	84.1
Respiratoire	17,2	13,3	15,7	10,9	13,6	17,9	15,0	13,3	14,4	7,7		11,9	10,2	15,6	84.1
Peau	12,9	10,0	9,6	9,8	13,6	8,8	11,8	10,5	11,4	5,6		8,5	8,1	12,3	84.1
Cardiovasculaire	10,8	7,8	8,6	5,6	5,0	5,8	4,1	6,4	10,9	8,3		11,3	13,2	6,3	84.1
Psychologique	8,5	6,3	7,3	7,2	6,2	5,8	5,1	7,6	4,6	7,2		4,0	6,0	8,3	84.1
Diagnostics définis comme chroniques par les médecins au cours de l'année															

CE RAPPORT A ÉTÉ RÉALISÉ PAR

La Direction des opérations France (DOF), la Direction Santé Plaidoyer (DSP) de Médecins du Monde ainsi que le cabinet de conseil en santé publique SIGIA.

COORDINATION

Valérie Brunel, *référente Rapport de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins, DSP* ;
Anne Tomasino, *référente gestion des données médico-sociales, DOF*.

ANALYSE DES DONNÉES DU BAROMÈTRE

José Guerra, Médecin de santé publique, SIGIA ; **Myrtille Prouté**, Médecin de santé publique, SIGIA.

AUTEUR·RICES :

Édito : Sandrine Simon, Directrice générale

Les projets de médecins du Monde : Valérie Brunel, *DSP* ; **Yvonne Chitiva**, *assistante de pôle opérationnel, DOF* ; **Marie Laluque**, *responsable de pôle opérationnel, DOF* ; **Cristina Thévenot**, *responsable de pôle opérationnel, DOF*.

Baromètre : José Guerra ; **Valérie Brunel** ; **Myrtille Prouté** ; **Anne Tomasino** ; **Agnès Gillino**, *coordinatrice générale Nice, DOF* ; **Marion Mottier**, *référente santé, DOF* ; **Nadège Drouot**, *coordinatrice régionale Lorraine, DOF* ; **Stéphanie Nguengang-Wakap**, *responsable de pôle Recherche et Apprentissage, DSP* ; **Aurore Camier**, *référente épidémiologie, DSP*.

Focus : Delphine Fanget, *référente système de santé, DSP* ; **Valérie Brunel** ; **Rebecca Belbey**, *appui rapport de l'Observatoire, DSP* ; **Garance Dagher**, *appui sciences sociales, DSP* ; **Marion Mottier** ; **Maria-Guadalupe Ruiz Pacheco**, *référente épidémiologie, DSP* ; **Aurore Camier** ; **Juan-Diego Poveda**, *référent sciences sociales, DSP*.

Encarts : Rebecca Belbey, **Valérie Brunel** ; **Anne-Laure Charrier** (*La Réunion*) ; **Hillary Contreras-Salmen** (*Strasbourg*) ; **Nadège Drouot** (Metz) ; **Clément Etienne** (Saint-Denis) ; **Marie Missioux** (*référente DSSR*, *DSP*) ; **Lydie Pak** (*Mayotte*, *DOF*) ; **Olivia Speed** (*Saint-Denis*).

REMERCIEMENTS

Tout d'abord à toutes les personnes accueillies dans les projets de MdM qui ont accepté de répondre aux questions et de décrire leur situation et leur parcours de vie. Nous remercions également **tou·tes les acteur·rices bénévoles et salarié·es** des projets MdM en France qui participent aux recueils de données, témoignages et analyses ainsi que les équipes de la Direction des opérations France et de la Direction Santé Plaidoyer sans lesquels ce rapport n'existerait pas. Nous remercions enfin les **professionnel·les de santé des PASS et des PMI**, dont l'anonymat a été préservé, pour le temps accordé aux entretiens et pour le partage de leurs expériences, qui ont contribué à la réalisation de ce focus.

POUR LEURS CONTRIBUTIONS (BAROMÈTRE ET OU FOCUS) :

Irène Aboudaram, Christian Bensimon, Séverine Beyer, Camille Boittiaux, Pauline Bignon, Antonin Bravet, Marthe Chabrol, Benjamin Chouraki, Céline Debeaulieu, Nadège Drouot, Lucas Feuvrie, Cécile Gaboret, Agnès Gillino, Guillemette Hannebique, Clémentine Etienne, Delphine Fanget, Perrine Gaudé, Marie-Nighist Legouge, Xavier Masset, Boris Medegan, Houda Merimi, Marie Missioux, Clothilde Neveux, Stéphanie Nguengang Wakap, Cecilia Nguyen, Simon Paillard, Elian Passier, Olivia Speed, Christian Reboul, Sylvie Sauvion, Sandrine Simon, Cristina Thévenot, Anne Tomasino, Corinne Vincent.

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 1776-2510 dépôt légal novembre 2026
ISBN 978-2-918362-95-1 Pdf

MÉDECINS DU MONDE SOIGNE AUSSI L'INJUSTICE