

Enquête

DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION D'EXIL EN ÎLE-DE-FRANCE

SEPTEMBRE 2025



Fédération
des acteurs de
la solidarité

ÎLE DE FRANCE

Sommaire

3	SYNTHÈSE DE L'ENQUÊTE
4	CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE
5	PROFIL DES RÉPONDANT·E·S
6	PROFIL DES PUBLICS ACCOMPAGNÉS PAR LES RÉPONDANT·E·S
6	Statut administratif
6	Couverture maladie
7	Besoin en termes de soins de santé
8	➤ Focus : santé mentale des personnes exilées
15	CONSTAT DES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS
15	Une faible continuité des soins
16	Des soins difficiles d'accès
17	Personnes concernées par les difficultés d'accès aux soins
18	Principales difficultés rencontrées dans l'accès aux soins
21	CONSTAT DES SITUATIONS DE REFUS DE SOINS DISCRIMINATOIRES
21	➤ Focus : les refus de soins discriminatoires
22	Types de soins concernés par des refus
23	Motifs de refus de soins
25	➤ Focus : l'interprétariat médico-social
27	Conséquences des refus de soins
28	SOLUTIONS MISES EN PLACE FACE AUX REFUS DE SOINS
30	LIENS ENTRE LE PARCOURS D'EXIL ET L'ÉTAT DE SANTÉ GLOBALE DES PERSONNES MIGRANTES
30	➤ Focus : les mutilations sexuelles génitales
34	CONCLUSION ET PERSPECTIVES

SYNTHÈSE DE L'ENQUÊTE

Cette enquête dresse un état des lieux global des difficultés d'accès aux soins rencontrées par les personnes en situation d'exil en Île-de-France. Elle s'appuie sur les retours de 48 professionnel·le·s de structures variées et permet de rappeler des éléments déjà soulevés par différentes enquêtes passées.

DES SOINS NÉCESSAIRES MAIS DIFFICILES D'ACCÈS

Les répondant·e·s mettent en avant de forts besoins en médecine générale, en soins en santé mentale, en soins dentaires ainsi qu'en soins de santé sexuelle pour les personnes qu'ils accompagnent. Ils constatent cependant de nombreuses barrières dans l'accès à ces soins, en particulier pour les personnes en situation administrative précaire (demandeur·euse d'asile, personnes à droits incomplets). Les principales difficultés énoncées sont d'ordre administratives (conditions d'accès à une couverture maladie, complexité des dispositifs), linguistiques (non-recours à l'interprétariat professionnel) et financières. L'état du système de santé de façon générale est par ailleurs en partie tenu pour responsable de ces difficultés, avec une saturation des services ainsi qu'un manque de professionnel·le·s dans certains territoires et certaines spécialités.

LE REFUS DE SOINS DISCRIMINATOIRE : UNE PRATIQUE ALARMANTE

Les personnes interrogées soulignent une récurrence dans les refus de soins discriminatoires, qu'importe le type de soin demandé (60% en rencontrent au moins une fois par mois). Les raisons évoquées sont généralement l'absence de couverture maladie ou le fait d'être bénéficiaire de l'AME ou de la CSS, la barrière de la langue et l'absence d'interprète, le statut administratif et les discriminations raciales ou ethniques. Ces refus, qui sont illégaux, ont pourtant des conséquences bien réelles sur la santé physique et mentale des personnes exilées. Certaines voient leur état de santé s'aggraver, quand d'autres renoncent aux soins, par peur ou manque de confiance dans les corps médicaux. Certain·e·s professionnel·le·s mettent en place des solutions face à ces refus, comme la présence physique d'un·e intervenant·e social·e ou la mise en place de partenariats avec des professionnel·le·s de santé sensibiliser à cette question, mais nombre d'entre-eux ne signalent pas ces refus de soins à la CPAM de leur territoire ou aux services de la Défenseure des droits.

LA QUESTION DE LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES EXILÉES

La quasi-totalité des répondant·e·s considèrent qu'il existe un lien entre le parcours d'exil des personnes migrantes et les problèmes de santé qu'elles rencontrent. Les traumatismes vécus et subis dans le pays d'origine et durant le parcours migratoire conduisent certain·e·s à un psycho-traumatisme qui interagit négativement avec les démarches de soins. D'autres voient leur santé mentale se dégrader en France du fait de conditions administratives et de vie très précaires (parcours de rue, instabilité financière, difficultés d'accès aux soins, méconnaissance des dispositifs). Il est ainsi nécessaire de proposer une prise en charge adaptée à leurs besoins et de prendre en compte la spécificité de leur parcours et de leur situation.

Contexte et méthodologie de l'enquête

Les associations régionales de la Fédération des acteurs de la solidarité, ainsi que la Fédération Nationale, font le **constat de difficultés dans l'accès aux soins des personnes exilées**. Ces difficultés font l'objet de remontées régulières de la part des associations adhérentes. Afin d'objectiver et de documenter ces difficultés, dans l'optique de porter des recommandations de plaidoyer et de mieux outiller les professionnel·le·s de son réseau, la Fédération des acteurs de la solidarité Hauts-de-France a lancé une enquête sur les difficultés d'accès aux soins des personnes exilées. Cette enquête a été reprise par différentes régions et notamment par la Fédération des acteurs de la solidarité Île-de-France (FAS IdF). En parallèle, la Fédération des acteurs de la solidarité Nationale travaille sur le sujet avec un plaidoyer qui sera publié au second semestre 2025 et une Journée Nationale sur la thématique.

Les données de cette enquête ont été récoltées par l'intermédiaire d'un questionnaire en ligne de mars à mi-mai 2025, diffusé via la lettre d'information de la mission Asile, Réfugié·e·s, Droits des étranger·e·s sur l'intégration professionnelle des Bénéficiaires de la protection internationale (BPI), celle de la mission Précarité Paris ainsi que via la lettre d'information générale de la FAS IdF. L'enquête a également été diffusée auprès des structures adhérentes de la Fédération Île-de-France directement en lien avec les thématiques migrant·e·s et santé. Ce questionnaire était composé d'une cinquantaine de questions (réponses ouvertes, choix multiples), réparties en huit catégories :

- **Profil (des répondant·e·s et des personnes concernées) ;**
- **Constat des difficultés d'accès aux soins ;**
- **Constats des situations de refus de soins ;**
- **Focus sur l'interprétariat ;**
- **Focus sur mutilations sexuelles génitales ;**
- **Focus sur la santé mentale ;**
- **Les solutions mises en place (face aux refus de soins discriminatoires).**

Au total, **48 professionnel·le·s ont répondu à l'enquête**. Cependant, dû à une erreur technique, seulement 31 participant·e·s ont pu répondre à la totalité des questions relatives à l'interprétariat. Le nombre de répondant·e·s varient par ailleurs d'une question à l'autre puisque certaines n'étaient pas obligatoires. Ainsi, pour les questions et les graphiques présentés dans cette enquête où la base de répondant·e·s n'est pas de 48, celle-ci sera indiquée.

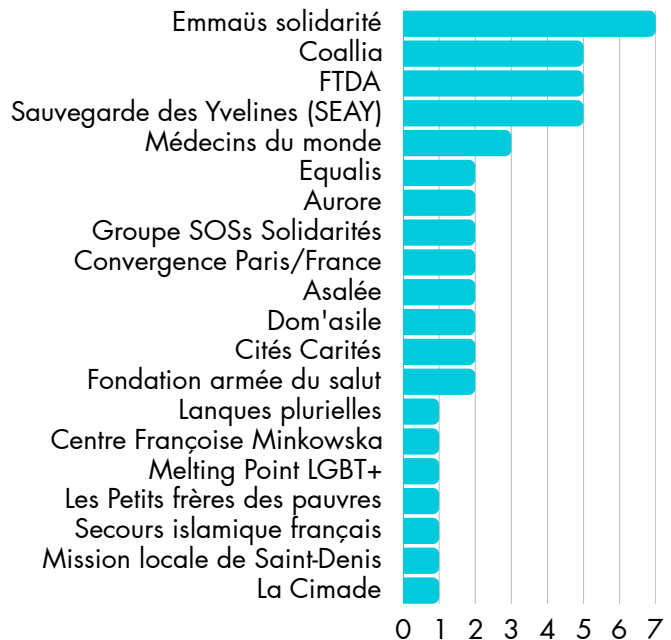
Le nombre limité de participant·e·s ne permet pas de tirer une analyse globale des difficultés d'accès aux soins et des situations de refus de soins, mais les réponses apportées permettent la constitution de certaines tendances, correspondant à celles d'enquêtes précédentes.

PARTIE II

Profil des répondant·e·s

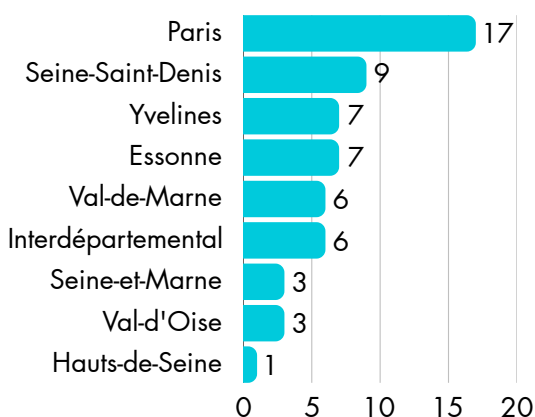
Tout d'abord, concernant l'appartenance institutionnelle des personnes interrogées, les répondant·e·s sont issu·e·s d'une diversité d'associations intervenant dans le champ de l'accompagnement des personnes exilées et de l'accès à la santé. L'association la plus représentée est Emmaüs Solidarité, à laquelle appartiennent 14,5% des répondant·e·s, suivie de Coallia, de Sauvegarde des Yvelines (SEAY) et de France terre d'asile à 10,4% chacune. D'autres structures comme Médecins du monde, Cités caritas, Equalis, ou encore Dom'asile sont également présentes, témoignant d'un échantillon riche et ancré dans l'intervention sociale auprès des publics réfugiés. Au total, 20 structures différentes ont été citées.

Répartition des répondant·e·s par association



Les répondant·e·s appartiennent par ailleurs à des structures très diverses, ce qui reflète la pluralité des approches professionnelles mobilisées dans le champ de la santé et de l'accompagnement des personnes exilées. Il y a notamment des établissements du **secteur médico-social** (ACT, CASO), des **établissements de santé** (maisons de santé, CMP), des **structures du DNA** (HUDA, CADA, CPH), **de l'hébergement généraliste** (CHU, CHR), des **dispositifs accueillant du public à la journée** (accueils de jours, haltes humanitaires), des **services de domiciliation**, des **établissements d'insertion linguistique et professionnelle** pour les primo-arrivant·e·s et bénéficiaires d'une protection (internationale ou temporaire), et enfin des **services d'accompagnement pour public spécifique** (LGBTIQ, femmes victimes de violences). Dans l'ensemble, 71% des personnes interrogées travaillent dans des structures adhérentes de la FAS IdF.

Territoires d'action des structures



Près de 42 % des répondant·e·s déclarent exercer dans le département de Paris, qui constitue le territoire principal d'intervention. La Seine-Saint-Denis est le second département le plus cité, avec environ 21 %, suivie de l'Essonne (15 %) et des Yvelines (13 %). Le Val-de-Marne représente environ 10 % des réponses, tandis que la Seine-et-Marne et le Val-d'Oise comptent chacun 6 %. Enfin, près de 23 % des participant·e·s indiquent travailler dans un cadre interdépartemental, couvrant plusieurs zones franciliennes.

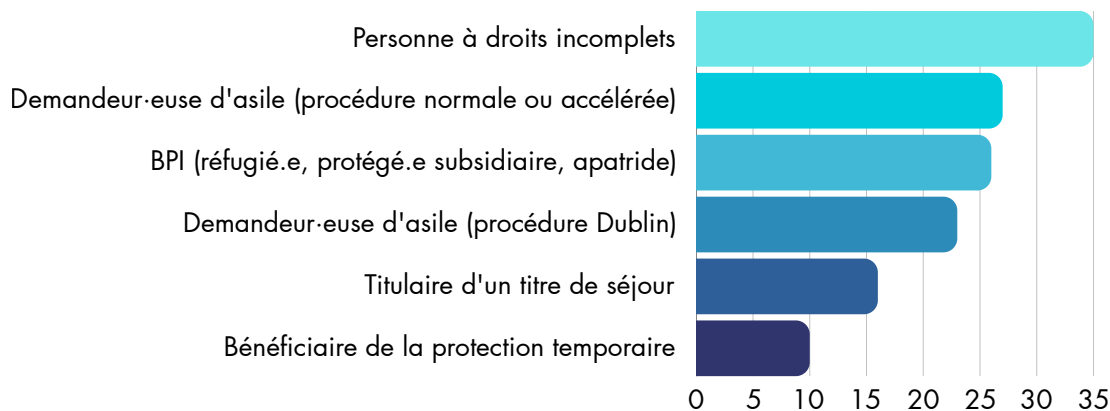
PARTIE III

Profil des publics accompagnés par les répondant·e·s

STATUT ADMINISTRATIF

Les personnes accompagnées par les répondant·e·s étant, selon elleux, les plus concernées par les difficultés d'accès ou les refus de soins discriminatoires relèvent en majorité de statuts administratifs précaires. Les **personnes à droits incomplets** apparaissent comme les plus fréquemment évoquées, représentant environ **83 %** des situations citées. Les demandeur·se·s d'asile, qu'ils soient en procédure normale ou accélérée (71 %) ou en procédure Dublin (63 %), sont également largement exposé·e·s à ces obstacles. La vulnérabilité persiste cependant même après l'obtention d'un statut : près de **63 %** des réponses sur les publics concernés évoquent les **bénéficiaires de la protection internationale**, qu'il s'agisse de réfugié·e·s, de protégé·e·s subsidiaires ou d'apatrides. Par ailleurs, 46 % des répondant·e·s identifient des difficultés chez des personnes titulaires d'un titre de séjour, et 27 % chez des bénéficiaires de la protection temporaire, illustrant le fait que l'accès aux soins ne dépend pas uniquement de la régularité administrative mais aussi de **facteurs systémiques** ou institutionnels plus larges.

Statut administratif des personnes accompagnées et concernées par les difficultés d'accès ou le refus de soins
Choix multiple



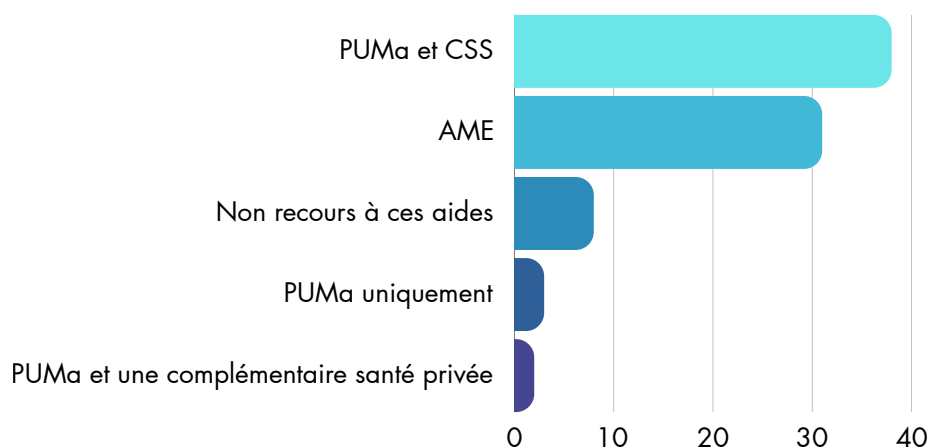
COUVERTURE MALADIE

La majorité des personnes accompagnées par les répondant·e·s bénéficient d'une couverture maladie. Près de 80 % des répondant·e·s accompagnent des personnes affiliées à la Protection Universelle Maladie (PUMa) et ayant une complémentaire santé solidaire (CSS), ce qui constitue la situation la plus fréquemment rencontrée. Un grand nombre d'entre elleux (65%) vient également en aide à des bénéficiaires de l'Aide médicale d'État (AME), mais très peu sont concerné·e·s par des bénéficiaires de la PUMa uniquement (3 répondant·e·s) ou la PUMa accompagnée d'une complémentaire santé privée (2 répondant·e·s). Enfin, 8 structures accompagnent des personnes n'ayant pas recours à ces aides, probablement puisqu'elles n'y sont pas encore éligibles, que les démarches sont en cours, ou au contraire que ces aides leurs ont été refusées.

Ces non-recours peuvent en effet s'expliquer par la présence de barrières administratives persistantes. Comme cela a été souligné lors de la table ronde régionale organisée par la FAS IdF sur la santé mentale des personnes migrantes de 2023, « *lorsque toutefois elles [les personnes exilées] cherchent à entreprendre une démarche de soins, celles-ci font face à de nombreux obstacles, comme le **délai de carence de 3 mois** avant d'accéder à l'AME, la PUMa et la CSS* »¹.

Couverture maladie des personnes accompagnées

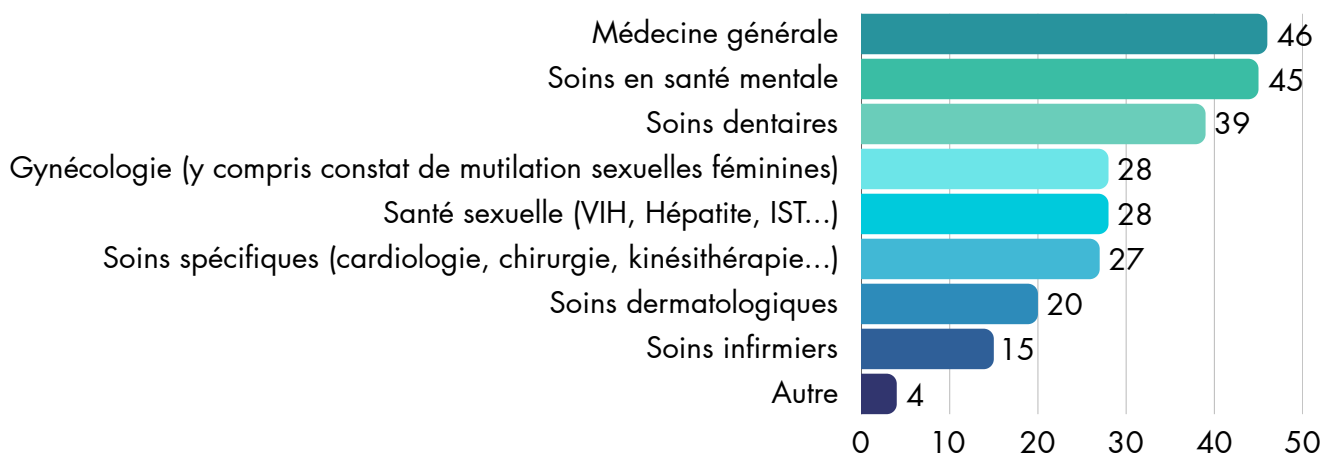
Choix multiple



BESOINS EN TERMES DE SOINS DE SANTÉ

Types de soins identifiés par les répondant.e.s comme étant ceux dont les personnes accompagnées ont besoin

Choix multiple



Les répondant.e.s ont mis en évidence une grande diversité de besoins en matière de soins parmi les personnes exilées qu'ils accompagnent. Les deux besoins les plus largement identifiés sont la **médecine générale**, citée par 46 répondant.e.s (soit **96 %**), et les **soins en santé mentale**², mentionnés par 45 répondant.e.s (**94 %**). Les soins de première ligne semblent alors représenter un enjeu important dans l'accès à la santé ainsi que les troubles psychiques fréquemment observés souvent liés aux parcours migratoires et aux conditions d'arrivées précaires.

¹ Fédération des acteurs de la solidarité Île-de-France (2023). *Actes Table Ronde « Santé mentale des personnes migrantes »*, p.6

² Dans le questionnaire, les soins en santé mentale étaient indiqués « soins psychologiques », ce qui n'incluait pas d'un point de vue terminologique les soins psychiatriques. Cependant, le fait que cela n'ait pas été précisé n'a probablement pas changé les résultats. Nous estimons que les personnes ayant répondu « Soins psychologiques » pensaient également aux soins psychiatriques.

Ces troubles psychiques ne relèvent pas toujours de pathologies psychiatriques au sens strict. Ainsi, comme le soulignent les psychiatres et psychologues de Médecins du Monde, ce qui est pris en charge relève parfois davantage de « *situations de maltraitance, mais elleux [les exilé·e·s] ne sont pas malades : la plupart du temps on essaie surtout de colmater les situations intenables qu’iels vivent* »³. Cette lecture renforce l’importance d’un accompagnement global, tenant compte des contextes de vie dégradés, de l’errance administrative, des violences subies, mais aussi des besoins primaires non couverts, qui participent tous à la détresse psychique observée.

focus

Santé mentale des personnes exilées

Les éléments ci-dessous représentent les difficultés très importantes rencontrées par les adhérent·e·s de la FAS IdF et des personnes qu’iels accompagnent pour accéder aux soins en santé mentale. La Fédération tient à souligner qu’une part non négligeable de ces difficultés est liée à la crise du secteur de la psychiatrie publique, tant en termes de moyens qu’en termes de mobilisation des professionnel·le·s. Il apparaît nécessaire de renforcer les moyens de la psychiatrie publique et d’améliorer les conditions d’exercices dans les structures pour mieux prendre en soin les personnes. Ainsi, des moyens humains et matériels sont nécessaires pour limiter le délai d’attente – qui peut s’élever à plus d’un an – pour accéder aux soins en CMP ou encore ajuster les moyens hospitaliers en fonction des besoins.

UNE AUGMENTATION SIGNIFICATIVE DES BESOINS EN SANTÉ MENTALE

Une majorité considérable des professionnel·le·s ayant répondu à l’enquête – soit 43 personnes sur les 48 interrogées (environ 90 %) – déclare constater une **augmentation significative des besoins en santé mentale** chez les personnes exilées qu’iels accompagnent. Cette tendance est perçue comme un phénomène croissant et durable, notamment en lien avec la précarité du quotidien, l’isolement, les conditions d’accueil indignes, et les violences subies durant le parcours migratoire. A titre d’exemple, entre 2018 et 2023, la permanence psy de Médecins du Monde a connu une hausse continue de fréquentation : le nombre de personnes venues consulter est passé de 325 à 806⁴. Plusieurs répondant·e·s soulignent que cette évolution est aussi due à une meilleure sensibilisation des professionnel·le·s à la santé mentale, permettant une identification plus fine des troubles.

³ C. Gardesse (2024). Les ressources de soins en santé psychique pour les personnes exilées en grande précarité, p.52

⁴ C. Gardesse (2024). Les ressources de soins en santé psychique pour les personnes exilées en grande précarité, p.12

Les troubles les plus fréquemment observés sont les **troubles de stress post-traumatique** (TSPT), évoqués dans 69 % des réponses (soit 33 citations), suivis par la **dépression** (citée 31 fois, soit 65 %) et l'**anxiété** ou les **crises d'angoisse** (27 citations, soit 56 %). Ces trois types de souffrance constituent le cœur des problématiques signalées. Ils sont souvent aggravés par le contexte : attente longue de réponse de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA), errance, séparation familiale, absence de suivi médical, pauvreté ou isolement social. Une répondante résume :

« le plus courant est la dépression due à l'isolement, l'attente très longue des convocations OFPRA et CNDA. Les personnes sont désœuvrées, physiquement inactives, mal nourries... »

En effet, comme l'indique l'équipe du CAPSYS, les personnes migrantes qu'elle accueille⁵ *« souffrent majoritairement de troubles anxieux-dépressifs, de troubles du sommeil et de stress post-traumatique »*⁶. Ces troubles sont pourtant considérés comme facilement traitables : ce sont surtout les retards de prise en charge qui aggravent leur état de santé mentale.

Par ailleurs, les idées suicidaires et crises aiguës sont évoquées dans 10 % des réponses, tout comme les addictions (alcool, opiacés, subutex...), qui toucheraient environ 15 % des personnes accompagnées selon les répondant.e.s. Les troubles psychotiques (schizophrénie, bipolarité) sont également mentionnés à plusieurs reprises, certaines structures rapportent des cas de décompensation psychiatrique sévère dans des contextes de suivi absent ou interrompu. Un.e répondant.e alerte sur les limites du système : *« quand elles voient un médecin, on les bourre de psychotropes et cela empire »*.

Enfin, les troubles du sommeil, troubles somatiques inexpliqués, colère, détresse émotionnelle, et troubles mnésiques sont aussi identifiés, même s'ils sont moins fréquemment nommés. Cette diversité des manifestations souligne à la fois l'intensité des traumatismes vécus, et l'importance d'une lecture fine des symptômes, y compris lorsqu'ils ne sont pas encore formellement diagnostiqués. Plusieurs répondant.e.s insistent aussi sur **l'importance de maintenir une vigilance constante vis-à-vis du psycho-traumatisme**, même en l'absence de diagnostic psychiatrique confirmé.

DES DIFFICULTÉS À ORIENTER VERS LES SOINS EN SANTÉ MENTALE

Sur les 48 professionnel.le.s interrogé.e.s, 30 (soit 62,5 %) ont déclaré que leur association/structure rencontre des obstacles spécifiques dans sa capacité à répondre aux besoins de santé mentale des personnes exilées.

Les **représentations culturelles**, très souvent négatives, de la santé mentale et les parcours de vie spécifiques des personnes constituent l'un des principaux obstacles évoqués. Plus de 13 professionnel.le.s expliquent que de nombreuses personnes exilées refusent l'orientation ou n'adhèrent pas à ce type de soins, puisque qu'elles les perçoivent comme **stigmatisants ou inutiles**.

⁵ Il est à noter que la CAPSYS n'accueille pas de patient.e.s présentant un trouble psychotique.

⁶ Fédération des acteurs de la solidarité Île-de-France (2023). *Actes Table Ronde « Santé mentale des personnes migrantes »*, p.6

Un.e répondant.e indique en ce sens :

“ Il est difficile de sensibiliser les personnes au sujet de santé mentale, notamment celles qui pensent que le-la psychologue est "pour les fous". C'est un travail de longue durée. Parfois, nous sommes confronté-e-s à des situations inquiétantes, mais sans la volonté de la personne (ou même non-demande), un suivi ne peut être mis en place. C'est pourquoi nous essayons de former nos professionnel-le-s à la posture d'accompagnement vers le rétablissement. ”

Un.e autre précise : « nous essayons de proposer des activités socio culturelles, nous avons un projet de groupe de parole sur ces questions de **santé et bien-être** qui aborderait tous les aspects des conditions de vie qui provoquent les problèmes en passant en revue plusieurs thèmes sur lesquels on pourrait agir : l'alimentation, le sommeil, l'activité physique, les relations sociales... ». Le fait d'évoquer la question du « bien-être » de façon générale, et de ne pas dès le début utiliser les termes « santé mentale », peut permettre de travailler sur ces questions là.

Deux répondant.e-s font également le constat d'un **manque de formation** et de connaissances de la part du personnel de leurs organismes sur les questions de santé mentale des personnes exilées (et où les orienter). Un.e répondant.e souligne ainsi « le manque de temps et de spécialisation sur ces questions freine l'intervention ». D'autres évoquent l'absence de dispositifs internes de suivi ainsi que le **manque de partenariat** avec des dispositifs mobiles de soins en santé mentale : les personnes sont souvent vues ponctuellement, sans espace pour construire un lien ou une continuité d'écoute.

De nombreuses réponses soulignent également que **les conditions de vie des personnes exilées sont elles-mêmes un obstacle au soin**. L'absence d'hébergement, la vie en rue ou en squat, l'incertitude liée au statut administratif et les lois restrictives fragilisent considérablement les personnes. Dans ce contexte, engager un suivi psychologique est difficilement envisageable. Un.e professionnel-le l'exprime ainsi : « Vivre à la rue ou dans des conditions indignes n'est pas compatible avec un traitement psychiatrique. Les déterminants sociaux ne peuvent être séparés, **tout est imbriqué** ».

DES DIFFICULTÉS À ACCÉDER AUX SERVICES DE SOINS EN SANTÉ MENTALE

La quasi-totalité des professionnel-le-s interrogé-e-s – 45 sur 48 (soit environ 94%) – déclare rencontrer des difficultés dans l'accès aux services de santé mentale pour les personnes exilées qu'iels accompagnent, dans des proportions plus ou moins grandes. En effet près de **65%** des répondant.e-s estiment qu'il existe une **saturation des dispositifs de soins** en santé mentale et un manque de professionnel.le.s en lien avec cette question (principalement des psychologues et des psychiatres). 11 répondant.e-s parlent également de la durée d'attente pour obtenir un rendez-vous et de la lenteur de la prise en charge des patient.e-s. Seules 4 personnes (8 %) déclarent ne pas faire face à ces difficultés, principalement parce qu'elles disposent de partenariats spécifiques (comme les Equipes mobiles psy précarité) ou travaillent dans des territoires un peu mieux pourvus.

Concernant les difficultés d'orientation vers des dispositifs de droit commun, 12 personnes précisent rencontrer de nombreux obstacles dans l'**accès aux CMP** (Centres médico-psychologiques), avec une absence de places, des listes d'attente non maîtrisées, ou encore l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous dans un délai raisonnable. Ce constat est partagé par une infirmière dans un dispositif mobile parisien, interrogée par Camille Gardesse : *« les CMP ont du mal à faire le suivi des personnes allophones... ils suivent très peu de personnes qui ont des psycho-traumas, et puis pareil les CMP ils sont aussi démunis, ils manquent de psychiatres, ils manquent de personnel, ils donnent rendez-vous trois mois après, on n'arrive pas à les joindre... »*⁷.

Les personnes interrogées soulignent les **conditions restrictives d'accès aux structures de droit commun** : certain·e·s praticiens refusent systématiquement les personnes bénéficiaires de l'AME (3 répondant·e·s) et ces structures ne sont pas adaptées pour des personnes à droits incomplets ou n'ayant pas de couverture maladie (2 répondant·e·s). Le coût trop élevé des consultations en psychologie ou psychiatrie sont aussi mis en avant par 5 répondant·e·s comme de véritables freins. La barrière de la langue et le **manque de recours à l'interprétariat professionnel** est de plus soulevé par 16 répondant·e·s (33%), en raison d'une réticence des praticiens ou d'un manque de financement.

Un·e professionnel·le souligne que *« les CMP refusent parfois de faire des entretiens avec interprète »* et que *« les soins sont pensés pour un public francophone, sédentaire, stabilisé »*. Cela empêche souvent toute orientation et prise en charge effective, en particulier en santé mentale où la compréhension fine du langage est indispensable. En parallèle, 6 répondant·e·s évoquent le **manque de formation des professionnel·le·s de santé mentale à l'interculturalité**, aux situations d'exil, et d'errance, mais aussi le *« manque de prise en considération du contexte culturel et religieux de la personne »*. Une personne interrogée l'explique en ces termes : il y a une pénurie de psychologues *« ayant une sensibilité à l'interculturalité et/ou l'habitude de travailler avec un public en situation de grande précarité »*.

Des facteurs systémiques sont également mis en cause : certain·e·s dénoncent la sectorisation de la psychiatrie, jugée inadaptée aux personnes en situation d'instabilité ou d'errance, un désengagement des pouvoirs publics, un important manque de financement (24 répondant·e·s), et une absence de coordination entre les structures : *« les urgences psychiatriques sont débordées et manquent considérablement de moyens. Les questions de santé mentale ne sont pas au cœur des préoccupations des pouvoirs publics – encore moins pour les personnes exilées »*. Plusieurs répondant·e·s évoquent une chaîne de soins « grippée » : *« pas de place, pas de ligne budgétaire, pas de volonté. Tout le monde se renvoie la balle »*. Cette pénurie est jugée d'autant plus grave qu'elle touche des personnes vulnérables, souvent en errance, pour qui le suivi psychiatrique ou psychologique est vital mais inaccessible.

⁷ C. Gardesse (2024). Les ressources de soins en santé psychique pour les personnes exilées en grande précarité, p.45

Du fait de la saturation et du manque d'adaptation aux personnes exilées des dispositifs de droit commun, de nombreux répondant-e-s indiquent se tourner vers des structures spécifiques associatives prenant en charge financièrement les consultations (et ayant recours à l'interprétariat professionnel), comme le Centre Primo Levi, le Centre Françoise Minkowska ou le Comede. Deux constats majeurs sont cependant mis en avant par les personnes interrogées. Parmi les 31 personnes ayant évoquées le manque de place dans les dispositifs de soins en santé mentale, 6 ont précisé une **saturation de ces dispositifs associatifs spécialisés** : « *l'obstacle n'est pas de les identifier, mais les délais d'attente parfois avant une prise en charge (liste d'attente)* ».

Le second constat, et principal frein, est le **faible nombre de ces structures spécialisées** sur les questions de santé mentale en situation d'exil (20 répondant-e-s), ainsi que leur **répartition géographique**. Un-e répondant-e indique qu'« *il y a peu d'associations dans le sud de Paris, ce qui rend plus difficile la recherche d'une structure de proximité pour les personnes qui y résident* ». Un.e autre précise : « *je pense qu'à Paris, il y a plusieurs associations qui existent et qui peuvent répondre aux besoins des personnes, mais il manque des structures spécifiques aux personnes exilées. En Île-de-France, je trouve qu'il y a moins de structures donc c'est plus compliqué d'orienter* ». Parmi les personnes interrogées, une manque se fait ressentir dans les départements de petite et grande couronne, comme à Paris, en Essonne, dans les Yvelines, ou encore en Seine-Saint-Denis.

Enfin, quelques répondant-e-s émettent des doutes quant au suivi sur plus long terme des personnes pour des soins de santé mentale, et ce même pour des professionnel-le-s interrogé-e-s ayant des partenariats avec dispositifs, comme les EMPP, selon les termes d'une personne : « *avec les équipes mobiles, ça semble être satisfaisant pour une évaluation, mais pas pour un suivi au long cours* ». Une autre précise :

« les parcours sont souvent ponctués de ruptures d'accompagnement : de nombreuses personnes ont vu plusieurs psy avant d'arriver chez nous et ne voient plus l'intérêt de commencer un énième suivi. Elles ont des difficultés à accorder leur confiance »

Les **soins dentaires** s'avèrent représenter un enjeu central avec **81 %**, ce qui souligne un besoin massif, souvent négligé dans les parcours de santé, notamment en contexte de précarité. A titre d'exemple, en 2022, les patient-e-s rencontré-e-s en consultation dentaire dans les Centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) de Médecins du monde avaient « *en moyenne 4,5 dents absentes, 2,3 dents cariées et 1,9 dents obturées* »⁸. Ces chiffres sont d'autant plus alarmants qu'« *il est reconnu que certaines infections bucco-dentaires ont des **répercussions à distance** de la cavité buccale dans d'autres parties du corps (comme le cœur par exemple)* »⁹.

⁸ Médecins du monde (2023). Rapport 2023. Observation de l'accès aux droits et aux soins, p.29

⁹ J.-N. Vergnes et C. Nabet (2012). « Quelle relation entre santé bucco-dentaire et santé générale ? », La Santé de l'Homme, Promouvoir la santé bucco-dentaire, n°417, p.7

Les besoins en **santé sexuelle** (VIH, hépatite, IST...) et en **gynécologie**, y compris les constats de mutilations sexuelles féminines, concernent chacun 28 répondant-e-s, soit **58 %** de l'échantillon. Les enjeux liés à la santé reproductive et sexuelle sont très présents, en particulier chez les femmes et les personnes ayant subi des **violences spécifiques pendant le parcours migratoire**. Ces violences spécifiques entraînent des conséquences profondes sur la santé mentale, physique et sociale des femmes concernées. Comme le rappelle Andréa Tortelli, praticienne hospitalière au GHU Paris, « *de nombreuses femmes survivent à des viols durant ce parcours, ou sont contraintes à une sexualité transactionnelle (contre un abri, une protection, etc.). Ces viols peuvent aussi aboutir à des grossesses non désirées et à des enfants, qui font que beaucoup de femmes se retrouvent isolées avec des enfants à la rue* »¹⁰. Elle précise également :

« de façon globale, ces femmes sont exposées de manière beaucoup plus importante aux violences, que ce soit dans le pays d'origine, pendant le parcours migratoire ou dans le pays d'accueil ».

Ces expériences extrêmes renforcent le besoin d'approches de soins spécifiques, pluridisciplinaires et ancrées dans une compréhension des violences de genre liées aux parcours d'exil. Ces besoins en santé sexuelle sont également présents chez les populations immigrées de façon générale, très souvent confrontées à des situations de grande vulnérabilité à leur arrivée en France notamment. Comme l'indique un-e personne d'un établissement médico-social ayant répondu au questionnaire, il y a une « *incidence importante de la tuberculose et du VIH (4x supérieur à la moyenne nationale) avec contamination dans les premiers mois après leur arrivée en France* ».

COMPRENDRE LE POIDS DISPROPORTIONNÉ DE L'ÉPIDÉMIE DE VIH/SIDA CHEZ LES IMMIGRÉ-E-S ORIGINAIRES D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE : L'ENQUÊTE PARCOURS



En 2013, sur 6 220 nouveaux cas de VIH/sida diagnostiqués, **31%** concernaient des personnes migrantes originaires d'Afrique subsaharienne, qui pourtant ne représentent qu'un peu plus de 1 % de la population française¹¹. De façon stigmatisante, le VIH a souvent été perçu comme une « maladie des Africain-e-s » et non comme une « maladie de la précarité »¹². De nombreuses études sont apparues ces dernières années afin d'explorer, au contraire, une possible inégalité, en France, entre personnes françaises et personnes immigrées dans l'exposition aux risques sexuels ainsi qu'en termes d'accès au dépistage et à la prise en charge en cas d'infection.

C'est notamment le cas de l'enquête « **Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France** », menée en 2012-2013 auprès de 2500 personnes nées en Afrique subsaharienne par des chercheur-euse-s et des associations engagées dans le domaine de la lutte contre le VIH/sida. Elle met au jour les facteurs structurels qui pèsent, souvent de façon durable, sur l'installation des immigrés en France et accroissent leurs risques d'être infectés par le VIH une fois sur place.

¹⁰ Fédération des acteurs de la solidarité Île-de-France (2023). *Actes Table Ronde « Santé mentale des personnes migrantes »*, p.12

¹¹ F. Cazein et autres (2015). « *Découvertes de séropositivité VIH et de sida : France, 2003-2013* », Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°9-10, p.154

¹² Site de l'enquête « *Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France* »

En effet, l'un des principaux résultats de l'enquête est « **qu'entre 35 et 49 % des immigré-e-s d'Afrique sub-saharienne vivant avec le VIH s'étaient contaminé-e-s après leur migration** »¹³, c'est-à-dire en France. Ces résultats sont notamment le fait d'un **maintien dans une grande précarité** de ces personnes, étant plus à même d'être exposées à des situations à risque, couplées à de nombreuses difficultés dans l'accès aux soins de santé sexuelle. Il est ainsi préconisé de proposer un dépistage du VIH le plus tôt possible à l'arrivée de personnes en France, mais surtout de renforcer la prévention afin de sensibiliser sur la question. Il peut également apparaître nécessaire de travailler à la diffusion de la PrEP à destination des femmes originaires d'Afrique Subsahariennes, souvent confrontées à des violences sexuelles ou à une sexualité transactionnelle par exemple contre un hébergement.

Cependant, comme le rappelle l'enquête Parcours¹⁴ :

66 La première chose dont les immigré-e-s ont besoin pour prendre soin d'eux-mêmes et se protéger du VIH/sida et autres risques sexuels, c'est de pouvoir y penser. Cela n'est possible qu'une fois libérés de l'extrême insécurité, de l'angoisse liée à des démarches administratives lourdes et à l'issue incertaine, du souci d'avoir un toit pour dormir. 99

Les **soins spécifiques** (cardiologie, chirurgie, kinésithérapie, etc.) sont cités par 27 répondant-e-s (56 %), les soins complexes ou chroniques nécessitant une prise en charge spécialisée, sont souvent difficilement accessible dans le droit commun et pourtant essentiels pour les personnes exilées. Les **soins dermatologiques** sont mentionnés par 20 répondant-e-s (42 %), un chiffre significatif compte tenu des problématiques fréquemment observées dans les lieux de vie insalubres ou en lien avec les conditions de parcours (gale, etc.). Les **soins infirmiers**, quant à eux, sont identifiés dans 15 réponses (31 %), principalement pour des suivis médicaux ou des traitements de pathologies chroniques. Enfin, une minorité de professionnel-le-s (4 répondant-e-s) a mentionné des soins relevant de la catégorie « Autre », suggérant des besoins ponctuels ou spécifiques non couverts par les catégories proposées.

90 % des répondant-e-s constatent une augmentation des besoins en santé mentale chez les personnes exilées

¹³ Communiqué de presse de l'enquête ANRS Parcours (25 juillet 2018)

¹⁴ A. Desgrées du Loû, A. Ravalihasy et J. Pannetier (2017). « Des situations de précarité qui exposent aux risques sexuels et au VIH », *Parcours. Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France*, p.144

PARTIE IV

Constat des difficultés d'accès aux soins

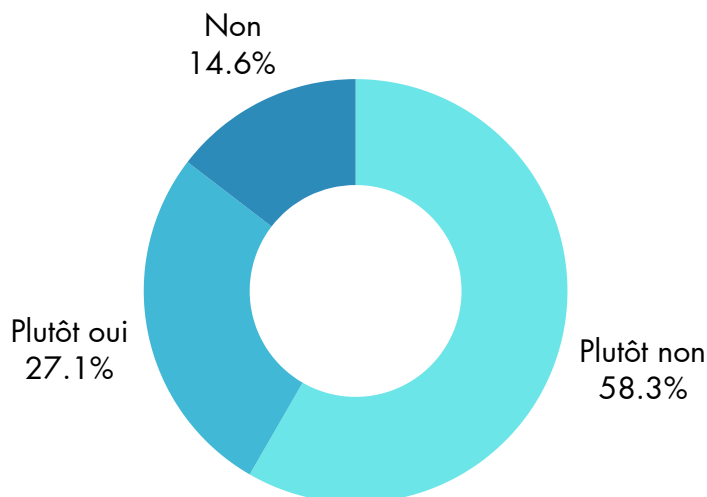
UNE FAIBLE CONTINUITÉ DES SOINS

Les résultats confirment une faible continuité des soins pour les personnes accompagnées. Plus de la moitié des répondant-e-s (**58 %**) déclarent que les personnes exilées accompagnées sont « plutôt non » suivies par un médecin traitant. À cela s'ajoutent 15 % de répondant-e-s qui affirment clairement que ces publics ne sont pas du tout suivis, soit environ **75 %** au total exprimant un manque ou une absence de suivi médical régulier. Seul 27 % estime que les personnes accompagnées sont plutôt suivies, et aucune réponse n'indique un suivi complet et systématique.

3 répondant-e-s sur 4

indiquent une absence de suivi médical régulier

Suivi par un médecin traitant
Choix unique



La grande majorité des répondant-e-s (77%) affirment être en contact avec des **Permanence d'accès aux soins de santé (PASS)** contre 23% ne l'étant pas. Plus de la moitié des personnes interrogées (58%) estiment ne pas avoir de difficultés à orienter les publics vers les PASS. Néanmoins, cette majorité est fine, 42% des répondant-e-s affirment rencontrer des difficultés. Parmi les principales difficultés évoquées par ces 20 répondant-e-s, on retrouve la **saturation des services** et le manque de médecin, le manque de rendez-vous, les difficultés pour en prendre et les délais de ces rendez-vous (50%). Cela entraîne des délais dans la prise en charge et des temps d'attente très longs (20%), qu'une personne résume ainsi : « **les patient-e-s se découragent parfois quand iels ne sont pas reçu-e-s avec et sans rendez-vous, alors qu'iels ont attendu plusieurs heures** ». Certaines précisent également des jours et horaires d'ouverture réduits (2 répondant-e-s), ainsi que des difficultés pour trouver les lieux et s'y orienter (2 répondant-e-s).

La diversité du fonctionnement des PASS selon les établissements complique également l'orientation, tout comme la méconnaissance de leurs modalités et le **manque d'informations** claires et accessibles (25%). 4 répondant-e-s soulignent de plus les difficultés d'orientation vers les services hospitaliers spécialisés en interne via les PASS et le suivi des patient-e-s, avec un manque de spécialités ainsi qu'une difficulté d'accès aux traitements et examens complémentaires. Par ailleurs, le **non-recours à l'interprétariat** pose une barrière importante pour comprendre, échanger et avoir accès à ce dispositif (30%), et quelques répondant-e-s (3 sur 20) rapportent des comportements irrespectueux et des cas de **discriminations** à l'encontre des personnes étrangères. Enfin, la complexité même du parcours PASS (refus de bons PASS, rencontre avec un-e assistant-e social-e) et de la prise en charge est pointée du doigt par les accompagnant-e-s (4 répondant-e-s).



Les permanences d'accès aux soins de santé sont des **dispositifs d'accueil inconditionnel** auxquels peuvent s'adresser toute personne démunie, en difficulté d'accès au système de soins de santé. Elles assurent une prise en charge médicale et une délivrance de soins, **à titre gratuit pour les patient-e-s qui ne disposent d'aucune couverture maladie** et dont la situation sociale le justifie. Les PASS proposent un accompagnement social et une aide à l'ouverture des droits à l'assurance maladie, et organisent une réorientation vers les autres dispositifs de droit commun.

Les PASS hospitalières peuvent s'organiser de différentes manières. Nous pouvons distinguer :

PASS DÉDIÉES

Les PASS dédiées consiste en un lieu de consultation dédié à la PASS où la personne rencontre un-e assistant-e social-e et les médecins en consultation.

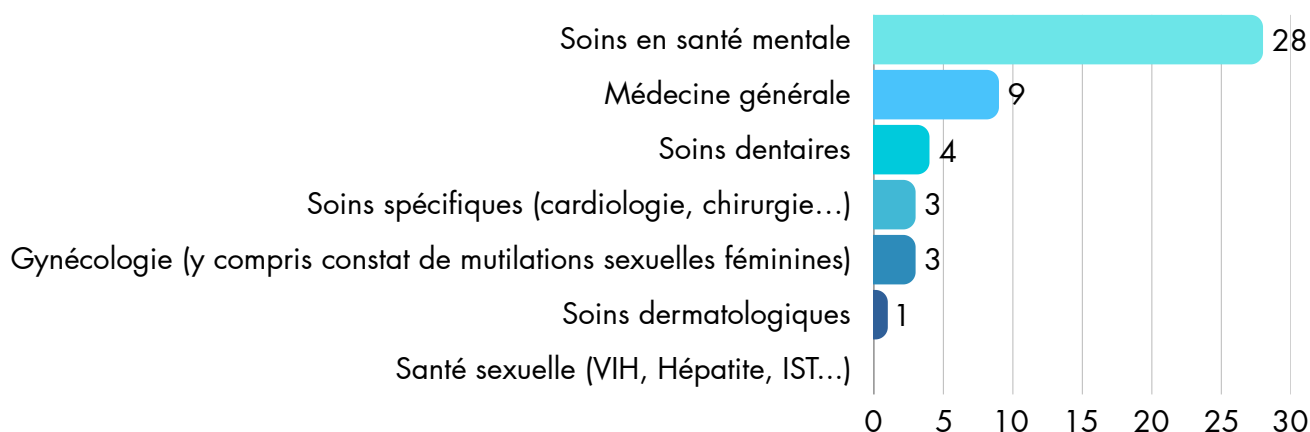
PASS TRANSVERSES

Dans le cadre des PASS transverses, la personne rencontre un-e assistant-e social-e et, si sa situation sociale le justifie, se voit délivrer un « bon PASS ». Le « bon PASS » permet de consulter les professionnel-le-s de santé de l'hôpital, dans les espaces de consultation de droit commun.

DES SOINS DIFFICILES D'ACCÈS

Soins identifiés par les répondant-e-s comme étant les plus difficiles à obtenir

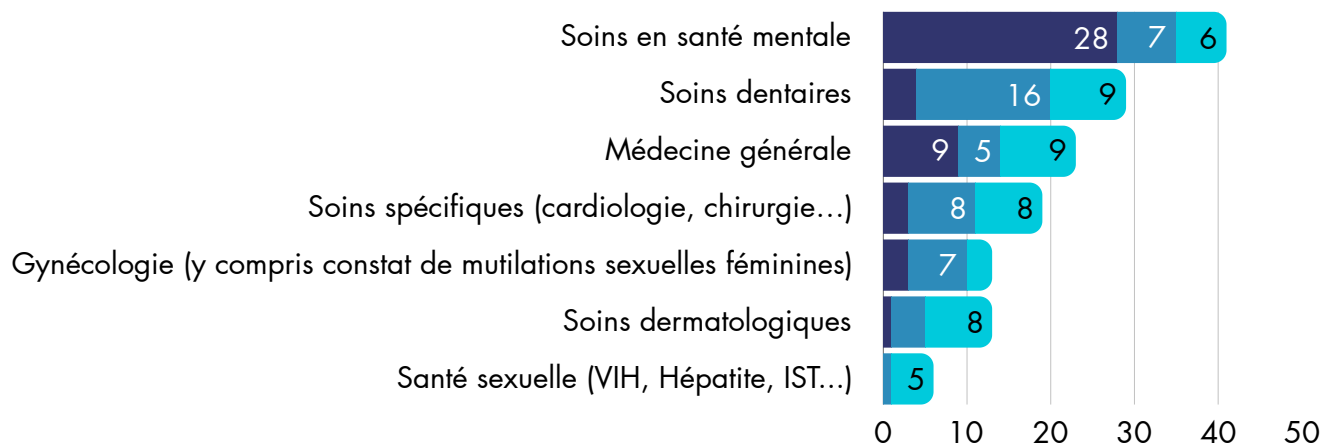
Soins classés en premier choix (sur 7)



En ce qui concerne les soins identifiés comme étant les plus difficiles obtenir pour les personnes en situation d'exil, près de **60%** des répondant-e-s ont placé les **soins en santé mentale** comme étant les plus difficiles à obtenir, alors qu'ils sont considérés par 94% des professionnel-le-s comme un besoin essentiel pour les personnes accompagnées. De plus, **85%** des répondant-e-s classent les soins en santé mentale dans **leurs trois premiers choix**

Soins identifiés par les répondant-e-s comme étant les plus difficiles à obtenir

Part des 3 premiers choix (sur 7)



Les **soins dentaires** et de **médecine générale** apparaissent également comme difficiles d'accès avec respectivement **60%** et **47%** des répondant-e-s qui les placent dans leurs trois premiers choix.

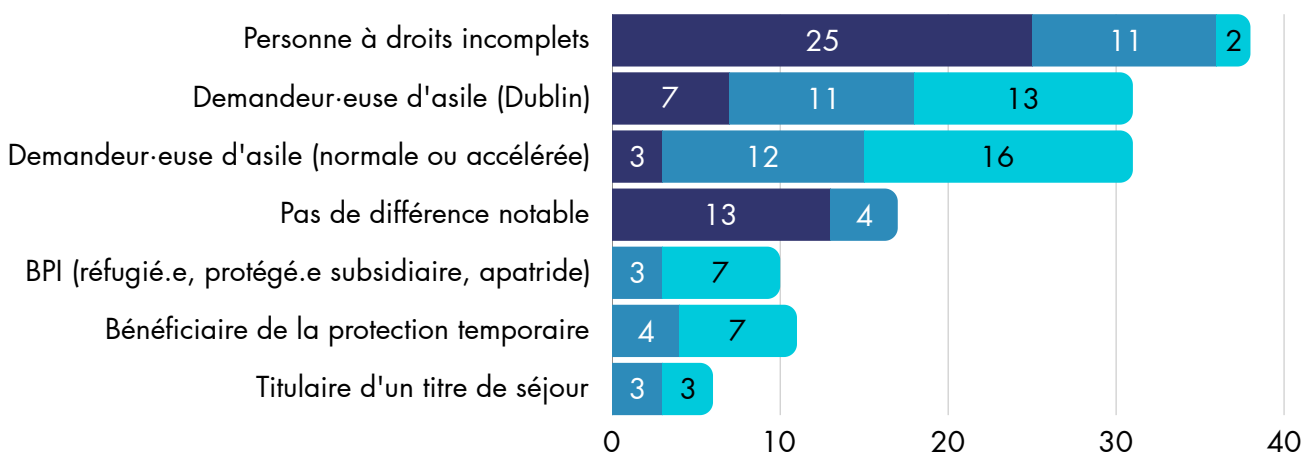
A l'inverse, les soins dermatologiques sont identifiés comme les soins les moins difficiles d'accès. Le constat est le même concernant les soins relevant de la santé sexuelle et de la gynécologie. Cela est par ailleurs essentiel au vu des besoins dans ces deux types de soins (28 répondant-e-s).

PERSONNES CONCERNÉES PAR LES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS

Les **personnes à droits incomplets** sont considérées comme étant les plus concernées par les difficultés d'accès aux soins. Elles représentent **52% des premiers choix** des répondant-e-s et près de **80% des trois premiers choix**. Viennent ensuite les personnes en demande d'asile, qu'elles soient en procédure Dublin ou en procédure normale ou accélérée. Elles apparaissent respectivement à près de 65% dans les trois premiers choix des répondant-e-s. Il est cependant important de noter que 27% des répondant-e-s considèrent en premier choix qu'il n'y a pas de différence notable entre les statuts – iels sont tout de même près de 38% à considérer ce choix en dernier.

Statuts administratifs identifiés comme les plus concernés par les difficultés d'accès aux soins

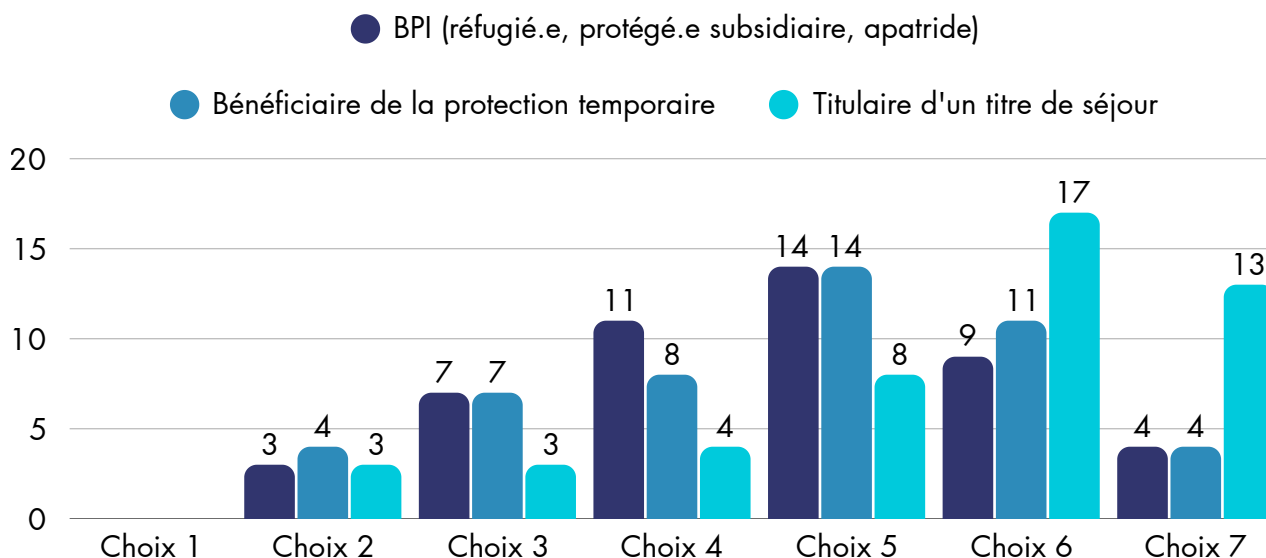
Part des 3 premiers choix (sur 7)



Les **bénéficiaires d'une protection** ou **titulaires d'un titre de séjour** sont perçu·e·s comme étant les **moins concerné·e·s** par ces difficultés d'accès aux soins. Les personnes BPI semblent cependant être plus à risque que les titulaires d'un titre de séjour (représentés en majorité en 6^e ou 7^e position).

Statuts administratifs identifiés comme les plus concernés par les difficultés d'accès aux soins

Le choix 7 étant "les moins concernés"



Au sujet du genre des personnes concernées par les difficultés d'accès aux soins, la majorité des répondant·e·s (environ 67 %) estiment que les personnes genrées au masculin et les personnes genrées au féminin sont touché·e·s de manière similaire. Toutefois, un nombre significatif de professionnel·le·s perçoivent une surreprésentation des personnes genrées au masculin parmi les publics rencontrés (environ 23 %), tandis que 10 % évoquent principalement des personnes genrées au féminin.

PRINCIPALES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES DANS L'ACCÈS AUX SOINS

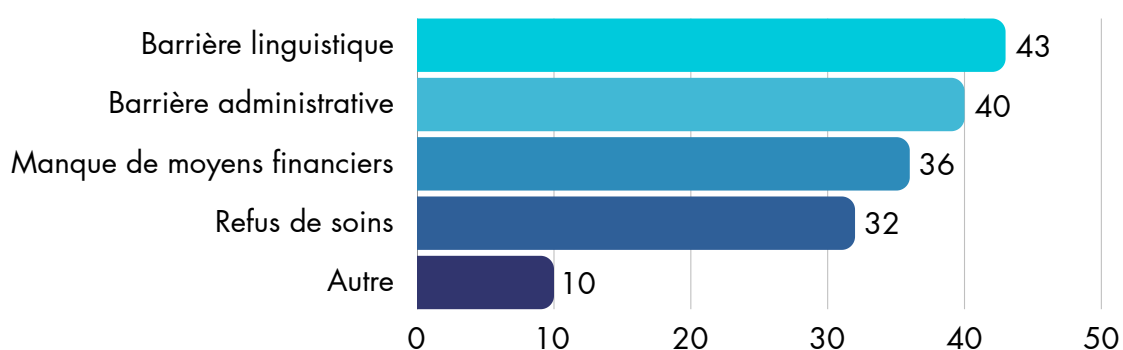
Les difficultés rencontrées par les personnes accompagnées dans l'accès aux soins sont partagées, dans des proportions similaires, par presque toutes les personnes ayant répondu au questionnaire. Plus de **80%** indiquent que les personnes migrantes sont confrontées à la **barrière de la langue**. En effet, lorsque le·la patient·e et le·la professionnel·le de santé ne parlent pas la même langue, il peut être compliqué voire impossible, pour le·la patient·e, d'exprimer ses symptômes et de comprendre les informations et les réponses médicales, et pour le·la professionnel·le de santé de fournir les soins appropriés. Le recours à un·e interprète professionnel·le est donc primordial pour le bon déroulement d'une consultation. Mais comme en témoigne un·e répondant·e, « **peu de structures médicales ont systématisé leur recours aux interprètes**, même les structures spécialisées dans l'accueil des publics précaires/ exilés ». Un·e autre ajoute qu'il existe des « **refus de faire appel à des interprètes (malgré l'enveloppe dédiée des ARS) par les CMP de secteur et les hôpitaux notamment** ».

Près de 80% évoquent des **barrières administratives** dans l'accès aux soins. Ce terme peut recouvrir plusieurs éléments. Il peut par exemple indiquer des difficultés liées à l'accès à une couverture de santé, comme l'AME, pour laquelle un·e répondant·e indique faire face à des « **refus et demandes de pièces abusives** » avec un véritable enjeu autour de la domiciliation.

Le rapport 2023 de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins de Médecins du monde indique notamment que plus d'un tiers des patient·e·s rencontré·e·s dans les CASO de Médecins du monde en 2022 « évoque des difficultés administratives (manque de pièces demandées, complexité, absence de preuve d'arrivée en France, etc.) »¹⁵. Plusieurs répondant·e·s font également part des « difficultés d'accès à des professionnel·le·s de santé notamment en l'absence d'ouverture de droit », comme « les personnes qui dépassent le plafond AME et qui n'ont aucun droit à la sécurité sociale ».

Principales difficultés identifiées par les répondant·e·s pour l'accès aux soins

Choix multiples



Le **manque de moyens financiers**, qui avait été pensé dans le questionnaire comme un manque de moyens de la part des patient·e·s, est mis en avant par **75%** des répondant·e·s, comme « lorsqu'il y a une prescription de médicaments qui ne sont pas pris en charge et lorsque les professionnel·le·s demandent le paiement de la consultation », alors que les personnes sont parfois dans des situations de grande précarité. Cependant, au vu des retours des répondant·e·s sur plusieurs questions, il est possible que cette réponse ait été cochée comme manque de moyens du système de santé de façon générale.

Les **refus de soins** sont quant à eux évoqués par près de **65%** des personnes interrogées, et cette question sera détaillée dans la section suivante.

10 répondant·e·s ont enfin indiqué faire face à d'autres difficultés d'accès aux soins pour les personnes qu'ils accompagnent, comme la **complexité du système de soins** français, un manque d'information sur les lieux de santé pouvant les accueillir, une **méconnaissance des dispositifs** ou les difficultés d'utilisation des applications de soins comme Doctolib. Certain·e·s répondant·e·s parlent également des difficultés à convaincre les personnes accompagnées d'aller consulter (en les rassurant, en les accompagnant) pour des raisons de santé somatique (la santé n'étant pas toujours leur priorité du fait de difficultés administratives), mais surtout de santé mentale, notamment en lien avec des différences culturelles de représentation sur la santé mentale.

¹⁵ Médecins du monde (2023). [Rapport 2023. Observation de l'accès aux droits et aux soins](#), p.6

UN SYSTÈME DE SANTÉ EN GRANDE DIFFICULTÉ



Tout au long du questionnaire, les répondant·e·s ont fait part de leur sentiment d'un « **système de soins en crise** » (selon les termes d'une personne interrogée). « *L'état général du système de santé (déserts médicaux, moyens financiers, prise en charge sécurité sociale, ...)* », comme l'indique un·e répondant·e, serait par ailleurs **en partie responsable des difficultés d'accès aux soins** et des refus de soins. Au moins 8 répondant·e·s font part d'un manque de médecins généralistes (et dans une moindre mesure spécialistes), de médecins traitants, notamment en médecine de ville (dans les Yvelines, en Essonne, en Seine-Saint-Denis et à Paris).

Une personne indique par ailleurs que « *ceux qui acceptent l'AME sont submergé·e·s et ne peuvent pas prendre tout le monde* ». Cette question-là est aussi évoquée par beaucoup comme une **saturation des services** et d'un manque de disponibilité, de rendez-vous médicaux. Certain·e·s indiquent qu'il y a un véritable enjeu sur les délais et leur rallongement : « *Les CMP en revanche sont bouchés niveau délais et donc la gratuité pour accompagner la santé mentale n'est plus accessible rapidement* ». Trois répondant·e·s ajoutent enfin que « *les refus de soins peuvent être liés au manque de moyens financiers* » du système de santé.

REFUS DE
SOINS

BARRIÈRE
LINGUISTIQUE

Les personnes en **situation administrative précaire**
comme les demandeur·euse·s d'asile ou les personnes à
droits incomplets sont les plus concernées par les

difficultés d'accès aux soins

notamment pour des
soins en santé
mentale

MANQUE DE
MOYENS FINANCIERS

BARRIÈRE
ADMINISTRATIVE

Constat des situations de refus de soins

focus

Les refus de soins discriminatoires

QU'EST-CE QU'UN REFUS DE SOINS DISCRIMINATOIRES

Les refus de soins discriminatoires sont fixés par l'article L1110-3 du Code de la santé publique, et désigne « *toute pratique tendant à **empêcher ou dissuader une personne d'accéder à des mesures de prévention ou de soins**, par quelque procédé que ce soit et notamment par des obstacles mis à l'accès effectif au professionnel de santé ou au bénéfice des conditions normales de prise en charge financière des actes, prestations et produits de santé* » (Article R1110-8 du Code de la santé publique) pour l'un des motifs de discrimination suivants :

- Sur le fondement de son **origine**, de son sexe, de sa situation de famille, de son apparence physique, de la particulière vulnérabilité résultant de sa situation économique, apparente ou connue de son auteur·rice, de son **patronyme**, de son lieu de résidence, de son état de santé, de sa perte d'autonomie, de son handicap, de son orientation sexuelle, de son identité de genre, de son âge, de **sa capacité à s'exprimer dans une langue autre que le français**, de son appartenance ou sa non-appartenance, vraie ou supposée, à une **ethnie**, une Nation, une prétendue race ou religion déterminée, ou de tout autre motif fixé à l'article 215-1 du Code pénal ;
- La personne est bénéficiaire de la **protection complémentaire** en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, ou du droit à l'aide prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles, c'est-à-dire bénéficiaire de la CSS ou de l'AME.

Le site santé.gouv.fr présente des exemples de manifestation de refus de soins discriminatoires, comme traiter un·e patient·e de façon irrespectueuse ou proposer un rendez-vous dans un délai anormalement long.

QUE FAIRE EN CAS DE REFUS DE SOINS DISCRIMINATOIRES

Il est possible de les signaler :

- Au service de médiation ou au·à la directeur·rice de votre CPAM depuis le compte Ameli ou par courrier, iels pourront ensuite saisir une commission mixte de conciliation de la CPAM ;
- Au Conseil départemental de l'Ordre du professionnel de santé concerné sur le territoire (médecins, chirurgiens-dentistes, sage-femmes, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pharmaciens, pédicures-podologues) ;

- La Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) en cas de refus de vente en pharmacie : en contactant les services locaux présents sur votre territoire ;
- Aux services de la Défenseure des droits.

Les situations de refus de soins constatées en Ile-de-France peuvent également être signalées à la mission « Asile, Réfugié-e-s et Droits des Etranger-e-s » et « Santé » de la FAS IdF, de manière anonymisée, à l'adresse suivante : clotilde.hoppe@federationsolidarite-idf.org. La Fédération des acteurs de la solidarité Nationale porte par ailleurs un observatoire national du refus de soins, relancé en octobre 2025. Il permet de faire remonter les situations de manière anonyme (personnes et professionnel-le-s concerné-e-s) pour mettre en lumière cette problématique et agir dessus.

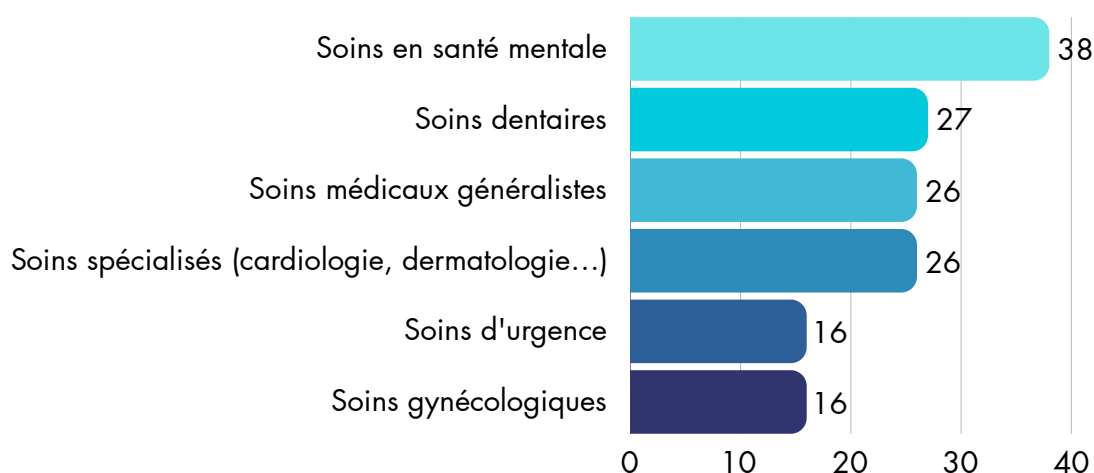
Vous pouvez également consulter ces documents explicatifs pour plus d'informations sur les procédures :

- 📄 Plaquette explicative de la Direction de la sécurité sociale des procédures en cas de refus de soins discriminatoires
- 📄 Dépliant explicatif de la Défenseure des droits pour les patient-e-s victimes de refus de soins

TYPES DE SOINS CONCERNÉS PAR DES REFUS

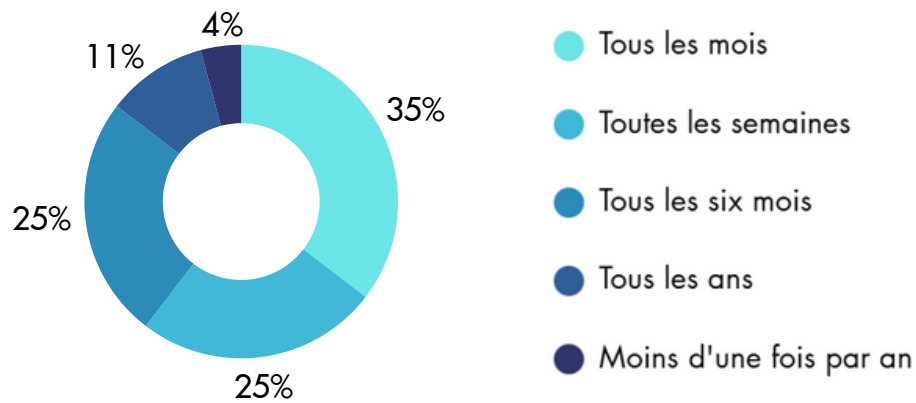
Tous les types de soins proposés sont concernés par les refus de soins, dans des proportions cependant différentes. Les **soins en santé mentale** sont le plus souvent cités, avec près de **80%** des répondant-e-s les ayant identifiés comme concernés par des refus. Les soins dentaires, les soins médicaux généralistes et les soins spécialisés (cardiologie, dermatologie...) sont également cités par plus de la moitié des répondant-e-s.

Types de soins concernés par des refus de soins discriminatoires
Choix multiple



UNE FORTE RÉCURRENCE DES REFUS DE SOINS

Une récurrence des refus de soins discriminatoires est également mise en avant par les répondant-e-s à l'enquête. En effet, 25% personnes interrogées rencontrent des refus pour les personnes exilées au moins une fois par semaine, 60% en rencontrent au moins une fois par mois, et **85% en rencontrent une fois tous les six mois**.



MOTIFS DE REFUS DE SOINS

Le principal motif de refus de soins des personnes en situation d'exil, évoqué par près de **80%** des répondant-e-s, est leur **absence de couverture maladie ou leur type de couverture maladie**. Les bénéficiaires de la CSS (Complémentaire santé solidaire) sont en effet cités par 7 répondant-e-s comme faisant l'objet de refus de soins du fait même qu'ils aient cette couverture complémentaire, de leur **absence de carte vitale** (notamment les demandeur-euse-s d'asile) ou « de la méconnaissance du fonctionnement de la PUMa/CSS par certains professionnels médicaux ».

En effet, un-e répondant-e précise que certain-e-s professionnel-le-s demandent de régler la consultation, ou appliquent des **dépassements d'honoraires**, alors que le-la patient-e est bénéficiaire de la CSS et n'a donc pas à avancer de frais. Ce même type de difficulté se retrouve pour les bénéficiaires de l'AME (précisé par 3 répondant-e-s), où les professionnel-le-s de santé indiquent, comme justification à leur refus de soins, « la procédure administrative lourde et le délai de paiement par la Sécurité sociale » (cela se retrouve également pour les bénéficiaires de la CSS).

Ces réponses font écho aux résultats d'une enquête de la FAS IdF publiée en 2023 sur les difficultés d'accès aux droits sociaux des personnes étrangères. En effet, sur les 130 répondant-e-s à la question des raisons des refus de soins, **45%** évoquent le fait de bénéficier de l'AME, près de **40%** indiquent l'exigence de la présentation d'une carte vitale (alors que les personnes ne peuvent pas encore l'obtenir), et **26%** évoquent le fait de bénéficier de la CSS¹⁶.



Le principal motif de refus de soins des personnes en situation d'exil est leur **absence de couverture maladie ou leur type de couverture maladie**

¹⁶ Fédération des acteurs de la solidarité Île-de-France (2023). Enquête sur les difficultés d'accès aux droits sociaux des personnes étrangères en Île-de-France, p.13

Ces constats, notamment au sujet de l'AME, avaient par ailleurs pu être vérifiés en 2023 par le biais d'une enquête par testing¹⁷ de la Défenseure des droits, où des appels pour obtenir des rendez-vous médicaux ont été passés à plusieurs praticiens par différents profils (bénéficiaire de l'AME, de la CSS, patient de référence n'indiquant pas sa couverture maladie). L'un des principaux résultats de ce testing était que :

« les bénéficiaires de l'AME ont entre 14 et 36 % de chances en moins d'avoir un rendez-vous chez un généraliste par rapport aux patient-e-s de référence »¹⁸

Dans l'enquête de la FAS IdF de 2023, les problématiques liées à la langue étaient également très présentes, avec 56% des répondant-e-s qui précisaient comme motif de refus de soins la barrière de la langue et/ou l'absence d'interprétariat. Cela rejoint les résultats présents puisque **62%** des répondant-e-s (sur 48) précisent que la **barrière de la langue** est fréquemment évoquée comme motif à un refus de soins et 33% précisent que c'est également le cas lorsqu'il n'y a pas d'interprète. Cela correspondait bien à un refus de soins discriminatoire puisqu'un-e professionnel-le de santé ne peut refuser de soigner une personne en raison « *de sa capacité à s'exprimer dans une langue autre que le français* » (article 215-1 du Code pénal).

Parmi les autres motifs se trouvent la question du **statut administratif** du-de la patient-e (**45%**), quant au contraire un-e répondant-e indique que c'est le fait d'être dans une situation de rue qui augmente la possibilité de refus de soins, plutôt qu'un statut particulier : il y a des « *refus de soins systématiques lors des appels aux urgences Samu ou Pompiers pour les personnes en rue, peu importe la situation administrative, et ce même pour les urgences (suspicion IAT [ischémie aiguë transitoire] par exemple)* »¹⁹.

La **supposition ou l'observation de discriminations raciales ou ethniques** est quant à elle évoquée par 21% des répondant-e-s, comme le souligne un-e répondant-e : « **quand certain-e-s médecins voient un nom à connotation étrangère [...] iels refusent ou annulent le rendez-vous** ». Deux personnes ont par ailleurs indiqué comme raison de difficulté d'accès aux soins ou de refus de soins la persistance du « syndrome méditerranéen », préjugé raciste selon lequel les personnes d'origine nord-africaine et/ou noire exagèrent leurs douleurs ou symptômes. Cela a pour conséquence, comme le rappelle la Défenseure des droits en 2025, « *une minimisation des souffrances exprimées par les patient-e-s et/ou un refus de prise en charge, aux conséquences parfois fatales* »²⁰.

¹⁷ Le testing est une méthode d'enquête permettant de détecter des discriminations. Elle consiste à comparer les résultats obtenus pour plusieurs types de candidat-e-s en tous points identiques, à l'exception de la caractéristique testée, comme le sexe ou l'origine (ici le fait de bénéficier de l'AME).

¹⁸ P. Mendras, D. Roy, J. Sultan Parraud et L. Toulemon (2023). Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'état, p.5

¹⁹ Une ischémie aiguë transitoire (IAT), ou un accident ischémique transitoire (AIT), est une interruption temporaire et brève du flux sanguin vers le cerveau qui se résorbe d'elle-même. Elle est souvent appelée « mini-AVC » puisque les symptômes sont les mêmes, hormis leur durée (quelques minutes à une heure pour une IAT). Elle est cependant considérée comme une urgence vitale car elle peut annoncer la survenue, dans les heures ou les jours qui suivent, d'un accident vasculaire cérébral (AVC).

²⁰ Défenseure des droits (2025). Prévenir les discriminations dans les parcours de soins : un enjeu d'égalité, p.9

De plus, une personne expliquant travailler spécifiquement auprès des personnes appartenant aux communautés roms ou perçues comme telles, appuie sur les formes de discriminations spécifiques que subissent ces personnes. Cela a notamment été étudié dans le contexte des urgences hospitalières où les personnes catégorisées par le personnel comme « roms » sont généralement décrites comme se présentant avec « *des motifs flous perçus comme bénins, soit, au contraire, dans un état de santé aggravé [...] – qui refléterait un manque de suivi régulier* »²¹. Enfin, l'absence d'accompagnant·e social·e est évoquée par 8% des répondant·e·s.

focus

L'interprétariat médico-social

La question du recours à l'interprétariat en santé est primordiale puisque, comme l'indique la Haute autorité de santé (HAS), l'interprétariat linguistique « *garantit, d'une part, aux patient·e·s/usager·e·s, les moyens de communication leur permettant de **bénéficier d'un égal accès aux droits**, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnel·le·s, les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical* »²². Dans le domaine de la santé, l'interprétariat professionnel est de plus en plus utilisé, comme nous pouvons le voir avec les 8 répondant·e·s travaillant dans des établissements de santé et du secteur médico-social. En effet, tou·te·s précisent avoir recours à l'interprétariat professionnel. Le problème néanmoins, reste la question du financement de ce recours : **tous ces établissements sauf un financent eux-mêmes l'interprétariat professionnel**. Cela peut expliquer que certain·e·s des répondant·e·s indiquent utiliser d'autres modes de traduction, comme le recours à un·e proche, un·e collègue non-interprète, un·e bénévole interprète ou des logiciels de traduction.

Si l'utilisation de l'interprétariat en santé s'étend (malgré de nombreux obstacles comme le coût), **l'interprétariat en milieu social est quant à lui très loin d'être systématique**. Il est pourtant tout autant nécessaire puisque les structures d'accueil et d'accompagnement des personnes étrangères sont souvent les premières à faire le lien avec les structures de santé. Elles ont de fait un travail d'orientation. C'est pourquoi nous présentons également dans ce rapport les réponses de tou·te·s les répondant·e·s, qu'ils appartiennent à une structure médico-sociale/de santé ou à une toute autre structure.

Sur 48 répondant·e·s, 31 indiquent avoir recours à l'interprétariat professionnel, principalement par téléphone (90%) et par présence physique d'un·e interprète (42%). 4 répondant·e·s indiquent également avoir recours à l'interprétariat par visioconférence.

²¹ D. Prud'homme (2021). « La racialisation des patient·e·s "roms" par les médecins urgentistes Invisibilisation des précarités et révélation des ambitions professionnelles ». Actes de la recherche en sciences sociales, n°239(4), 50-65

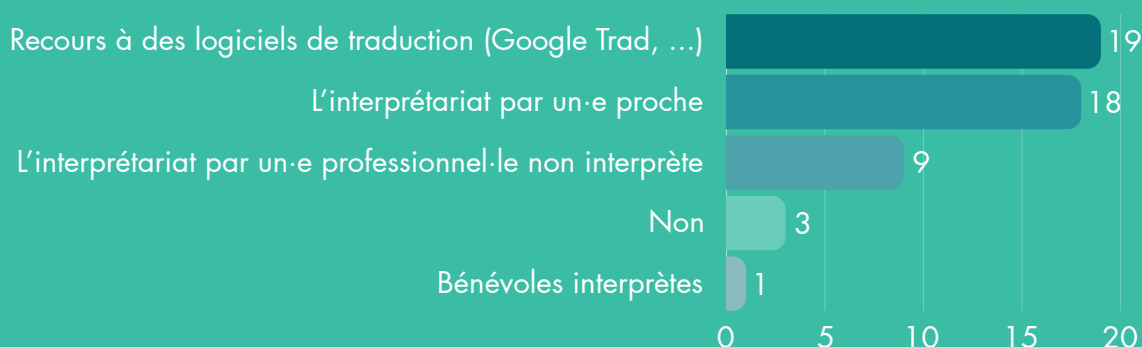
²² Haute autorité de santé (2017). Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé, p.5

Tous ces types de recours sont **financés en très grande majorité par les structures elles-mêmes (87%)**. Les services d'interprétariat utilisés par les structures sont ISM Interprétariat (23 répondant-e-s), Tradlib (3 répondant-e-s), AFT Com (2 répondant-e-s), ROSS (1 répondant-e), et enfin un-e répondant-e indique avoir recours à des interprètes indépendant-e-s et un-e autre à des salarié-e-s interprètes. 3 répondant-e-s ont par ailleurs indiqué ne pas avoir recours systématiquement à l'interprétariat professionnel (plutôt lors de rendez-vous formels liés à la demande d'asile par exemple), notamment à cause du coût de ce service.

Cette non-systématisation est également visible dans le nombre de réponses au sujet du recours aux autres modes de traduction. En effet, sur ces 31 répondant-e-s²³, **61%** expliquent avoir également recours à des **logiciels de traduction** (comme Google Traduction, Deepl, etc.). Un nombre important indique avoir recours à un **tierce personne n'étant pas un-e interprète professionnel-le** : près de 60% par un-e proche, près de 30% par un-e professionnel-le non-interprète (comme un-e collègue), et 3% par un-e bénévole. Enfin, 3 répondant-e-s n'ont pas recours à d'autres modes d'interprétariat. Une personne précise par ailleurs éviter le recours aux proches. En effet, le recours à une personne tierce non formée à l'interprétariat, comme l'a rappelé en 2017 la (HAS)²⁴, ne permet pas le respect d'un cadre déontologique (fidélité de la traduction, confidentialité, impartialité) puisque la personne ne maîtrise pas les techniques d'interprétation et le vocabulaire médical. Cela peut également créer une situation de déséquilibre entre l'accompagnant-e et le-la patient-e : « *des rapports de domination genrés* » peuvent se reproduire « *entre conjoint-e-s* » et « *l'inversion des rôles d'âge* » assigne aux enfants « *une responsabilité disproportionnée dans la procédure dont va dépendre le sort de leur famille* »²⁵. L'article 19 de la Convention internationale des droits de l'enfant indique en effet qu'il est nécessaire de « *protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation* »²⁶.

Recours à d'autres modes de traduction que l'interprétariat professionnel

Choix multiple (31 répondant-e-s)



²³ En raison d'une erreur technique, nous n'avons, concernant le recours aux autres modes d'interprétariat, que les réponses des personnes ayant indiqué avoir recours à l'interprétariat professionnel, c'est-à-dire 31.

²⁴ Haute autorité de santé (2017). Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé, p.17

²⁵ N. Mahroug et Y. Bouagga (2020). « Demander l'asile dans sa langue ». Plein droit, n°124(1), p.15-18

²⁶ La Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) - UNICEF

CONSÉQUENCES DES REFUS DE SOINS

Il est nécessaire de rappeler que les refus de soins discriminatoires ont de **graves conséquences, à la fois immédiates et durables**, sur le parcours de soins des patient·e·s ainsi que sur leur état de santé (physique ou mentale). En effet, **83%** des répondant·e·s indique un **retard dans la prise en charge médicale** des personnes accompagnées, ce qui peut conduire, comme l'observent près de **70%** des répondant·e·s, à une **aggravation de l'état de santé** des personnes exilées : « *le fait de ne pas pouvoir accéder correctement aux soins a pour conséquence la détérioration de leur santé et peut également impacter leur santé mentale* ». Le Comede insiste dans son guide « Personnes étrangères vulnérables : prévention, soins, accompagnement » que les répercussions peuvent être « *graves et durables, notamment en ce qui concerne des maladies comme les cancers ou l'insuffisance rénale terminale mais également les maladies chroniques comme le diabète. Pour les soins courants, tels que les soins dentaires, ces discriminations peuvent altérer considérablement la qualité de vie des patients* »²⁷.

La répétition de ces discriminations peut mener les individus à des états de **détresse psychologique** (**83%** des répondant·e·s), ainsi qu'à une **démotivation et à un renoncement à solliciter des soins** de santé (près de **80%**). Il peut en effet apparaître un véritable « manque de confiance dans les professionnel·le·s de santé qui ont pu être maltraitant·e·s ou négligent·e·s ou discriminant·e·s auparavant », selon un·e des répondant·e·s. Un **sentiment d'humiliation** peut également émerger, que ce soit face à des propos ou remarques désobligeantes de la part du·de la professionnel·le de santé lors de la consultation, ou dans les accueils et secrétariats, devant tou·te·s les autres patient·e·s.

80 % des répondant·e·s

constatent des

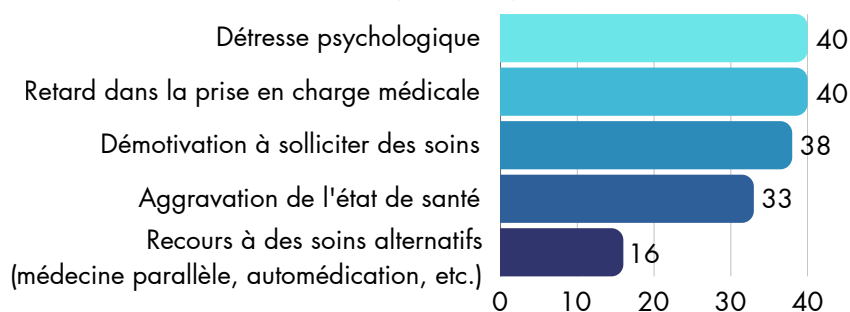
renoncements aux soins

à la suite de refus de soins

C'est un constat récurrent, comme le montre bien le rapport « Prévenir les discriminations dans les parcours de soins : un enjeu d'égalité » de la Défenseure des droits : « *J'ai passé un an à ne pas réussir à prendre de rendez-vous avec un médecin généraliste alors que je voyais mes douleurs et la perte de contrôle de mon corps augmenter, parce que chaque fois que je tentais de prendre rendez-vous avec un nouveau médecin, je me retrouvais à faire une crise d'angoisse énorme, au vu des expériences précédentes que j'ai eues. Je n'ai aucune confiance envers quiconque du corps médical* »²⁸ (témoignage d'une personne interrogée dans le cadre du rapport). Enfin, un tiers des répondant·e·s de l'enquête indique que des personnes accompagnées ont recours à des soins alternatifs (médecine parallèle, automédication, etc.) lorsqu'elles se voient refuser des soins.

Recours à d'autres modes de traduction que l'interprétariat professionnel

Choix multiple (31 répondant·e·s)



²⁷ Comede (maj 2025). [Guide du Comede « Retards, restrictions et refus de soins discriminatoires »](#)

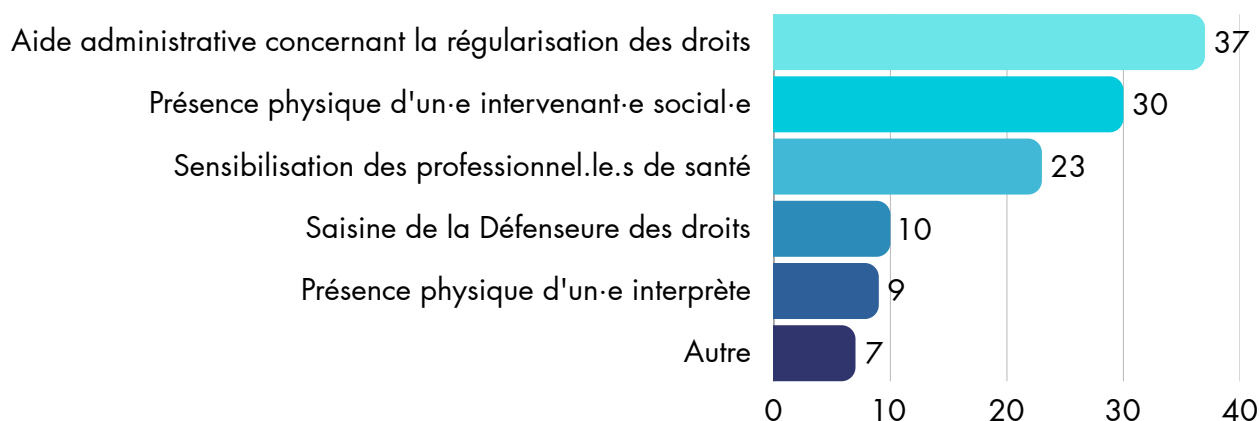
²⁸ Défenseure des droits (2025). [Prévenir les discriminations dans les parcours de soins : un enjeu d'égalité](#), p.40

Solutions mises en place face aux refus de soins

Dans le cas de refus de soins, plusieurs solutions sont mises en place par les structures répondantes. La très grande majorité (77%) répond **aider administrativement à la régularisation des droits** des personnes concernées. L'ouverture de droits à l'AME ou à la PUMa et CSS contribue en effet à réduire les situations de refus de soins, même s'il peut toujours y en avoir, comme dans le cas de l'AME. Deux structures répondantes indiquent en ce sens expliquer leurs droits aux patient·e·s ainsi que le fonctionnement du système de soins en France (qu'est-ce que le tiers payant, l'avance des frais). La question de la **sensibilisation des personnes accompagnées** est en effet centrale, avec la mise en place d'ateliers sur la santé somatique et mentale par le biais de partenariats avec des structures de soins, des professionnel·le·s de santé bénévoles (médecins ou psychologues) ou des services de support en santé des structures d'accueil et d'hébergement (5 répondant·e·s). La **formation des professionnel·le·s** des structures interrogées et des structures qu'elles accompagnent **sur les questions de santé**, d'accompagnement de publics spécifiques et du **droit des étranger·e·s** apparaît également comme une solution (3 répondant·e·s).

Solutions mises en place face aux refus de soins

Choix multiple



La question de **médiation par un tiers** revient régulièrement parmi les réponses. Elle prend la forme d'un **accompagnement physique d'un·e intervenant·e social·e** à un rendez-vous médical ou de dépistage pour **60%** des répondant·e·s, en tant que solution permettant de pouvoir rappeler les droits du·de la patient·e et d'intervenir en cas de situation complexe. Elle peut également être effectuée par **un·e médiateur·rice en santé** en interne (5 répondant·e·s), une coordination santé régionale commune à différents hébergements (3 répondant·e·s) ou un·e référent·e santé (1 répondant·e), qui font le lien avec l'établissement où est suivie la personne. De plus, parmi les structures répondantes ayant **en interne une équipe médicale** formée de psychologues et/ou de médecins (6 répondant·e·s, plus une structure réfléchissant à embaucher un·e psychologue), 3 indiquent que ces professionnel·le·s jouent également un rôle de coordination et de mise en lien avec les établissements suivant les patient·e·s. Le principe est de « *faciliter l'accès aux soins et la coordination de ceux-ci* », « *ce qui permet de savoir plus rapidement si des difficultés apparaissent dans la prise en charge* » ou « *d'appuyer la demande* » de soins. Les équipes sociales et médicales internes permettent ainsi à près de 50% répondant·e·s de sensibiliser les professionnel·le·s de santé extérieur·e·s.

Les situations de refus de soins mènent parfois à des **changements de professionnel-le-s de santé** (2 répondant-e-s). Cette obligation de changement contribue à la prise en charge tardive des patient-e-s et peut, une fois de plus, mener à une aggravation de leur état de santé, le temps de trouver un-e autre professionnel-le ne pratiquant pas de refus de soins. Cela conduit certaines structures à **identifier et créer un répertoire des professionnel-le-s de santé** qui acceptent de recevoir les personnes en se fondant sur des retours de patient-e-s ou d'accompagnant-e-s sociaux-ales (2 répondant-e-s). Si le fait de se tourner vers d'autres professionnel-le-s est peu ressorti dans l'enquête, c'est une pratique qui paraît plus largement partagée dans les échanges de la FAS IdF avec les professionnel-le-s de son réseau. Certain-e-s choisissent d'orienter vers des dispositifs spécifiques comme les équipes mobiles ou les centres médicaux parisiens (3 répondant-e-s). D'autres parviennent à faire intervenir dans le cadre de **permanences** plusieurs fois par semaine ou par mois des psychologues ou médecins, par le biais de partenaires santé ou de bénévolat (4 répondant-e-s). L'établissement de **partenariats et de liens privilégiés** avec différents services médicaux (LHSS, Diapsy, CSAPA, PASS, CMS, structures de soins en santé mentale) semble être un levier contre le refus de soins pour les personnes accompagnées (7 répondant-e-s).

30 répondant-e-s (**63%**) précisent par ailleurs **ne pas connaître la procédure de saisine de la CPAM** dans leur territoire. Et lorsqu'elle est connue (18 répondant-e-s), les modalités de saisine sont très variées : 6 répondant-e-s possèdent un espace partenariat ou un conventionnement avec leur CPAM, 4 répondant-e-s le font par le biais de permanences au sein de leurs établissements, 2 répondant-e-s indiquent utiliser le service classique de médiation de la CPAM, 2 répondant-e-s procèdent par « contact direct », et enfin 2 répondant-e-s ont recours aux mails. De plus, 21% des répondant-e-s indiquent saisir les services de la Défenseure des droits dans le cas de refus de soins, quand **40%** affirment ne pas connaître ses modalités de saisine.

CPAM

63% ne connaissant pas les modalités de saisine

DÉFENSEURE DES DROITS

40% ne connaissent pas les modalités de saisine

Il est enfin important de souligner pour certaines personnes la difficulté de prouver les refus de soins, puisqu'ils sont très souvent réalisés de façon implicite (rendez-vous jamais donné, orientation vers un-e autre confrère/consœur sans justification) et qu'ils « *peuv[ent] avoir lieu à différentes étapes (accueil, service social)* », comme l'indique un-e répondant-e. Beaucoup n'entament donc pas de démarches par peur, par méconnaissance de leurs droits ou par découragement, puisque :

« les professionnel-le-s qui [refusent] des soins sont peu incriminé-e-s, et ne risquent presque rien à continuer leurs pratiques, les Ordres sont peut contraignants et les procédures pour alerter sont lourdes, longues et ne garantissent pas un réel changement ou sanction » (témoignage d'un-e répondant-e)

Ce constat est en effet corroboré par la Défenseure des droits qui indiquent que « *les sanctions tendent à s'affaiblir, passant de la suspension d'exercice de plusieurs mois à un blâme pour des pratiques discriminatoires systématiques* »²⁹.

²⁹ Défenseure des droits (2025). Prévenir les discriminations dans les parcours de soins : un enjeu d'égalité, p.51

Lien entre le parcours d'exil et l'état de santé globale des personnes migrantes

Près de **96%** des répondant·e·s considèrent qu'il existe un **lien, plus ou moins prononcé, entre les problèmes de santé rencontrés et les parcours de vie spécifiques des personnes en situation d'exil**, c'est-à-dire du fait même qu'elles soient migrantes.

Les premiers éléments évoqués sont les **conditions de vie dans le pays d'origine, les raisons du départ et le trajet migratoire** en tant que tel. 23 répondant·e·s indiquent que les personnes qu'ils accompagnent ont pu subir de **nombreuses violences**, en partie liées à des contextes spécifiques d'insécurité (notamment des guerres et conflits dans les pays d'origine), comme la torture, l'enfermement, d'autres formes de violences physiques et verbales, que l'on retrouve par ailleurs durant le parcours migratoire. Les personnes ayant répondu au questionnaire parlent en effet de « *routes de l'exil longues et dangereuses* ». Un·e répondant·e précise par exemple que les personnes accompagnées par sa structure ont en moyenne traversé 8 pays avant d'arriver en France. Durant ce parcours, les personnes migrantes sont souvent blessées physiquement, victimes de violences, tombent malades, et doivent survivre dans des **conditions très précaires**, « *sans aucun accès aux besoins de subsistances* », pouvant mener à des situations de faim, de **malnutrition** et d'« *affaiblissement physique lié à des carences alimentaires extrêmes* ». Les **violences sexuelles** (notamment à l'encontre de femmes), tant dans le pays d'origine que sur le parcours migratoire, sont évoquées par 4 répondant·e·s.

focus

Les mutilations sexuelles génitales

Exactement la moitié des répondant·e·s (24) indique accompagner des demandeur·euse·s d'asile invoquant le risque de mutilations génitales féminines comme motif de leur demande d'asile. Dans ce cas, un **certificat médical** doit être fourni à l'OFPRA en l'application de l'article L.531-11 du Ceseda. Ce certificat doit être établi par un·e praticien·ne en médecine légale exerçant au sein d'une **Unité médico-judiciaire** (UMJ) ou au sein d'une unité spécialisée dans la prise en charge des femmes victimes de violence d'un établissement de santé conventionné par l'OFPRA. Cependant, 8 répondant·e·s sur 24³⁰ indiquent **ne pas parvenir à obtenir de rendez-vous avec une UMJ** de leur territoire. Les motifs évoqués concernent la saturation des services et le manque de disponibilité (7 répondant·e·s), ainsi que la possibilité de prendre des rendez-vous uniquement pour les enfants risquant une excision (1 personne).

³⁰ Une neuvième personne a indiqué ne pas obtenir de rendez-vous mais précise par la suite que les personnes concernées par les mutilations sexuelles génitales sont accompagnées par un service extérieur pour cette démarche, et non par la structure de la personne répondant.

Par ailleurs, **7 répondant-e-s sur 24** précisent que des personnes concernées se sont déjà vu **refuser une prise en charge** ou une demande de rendez-vous en UMJ, au motif d'un manque de disponibilité ou l'absence de médecins (4 répondant-e-s). La barrière de la langue et l'absence de traducteur-ice est également évoqué par 2 répondant-e-s. Cela rejoint le manque de recours à l'interprétariat, puisque la moitié des répondant-e-s (12) souligne que les UMJ n'ont pas recours à un service d'interprétariat, et que dans ce cas, seul-e-s 4 participant-e-s indiquent que leur association finance ce service. Au sujet des refus de prise en charge ou de demande de rendez-vous, seulement 3 répondant-e-s sur 7 disent avoir pu contester le refus, notamment par téléphone.

Ces « *expositions répétées à des situations de stress* » et aux violences génèrent très souvent des traumatismes qui peuvent conduire à un **psycho-traumatisme** (5 répondant-e-s) et à un **syndrome du stress post-traumatique** (2 répondant-e-s). Ce dernier peut se traduire par un certain nombre de symptômes, comme un syndrome de reviviscence (être brutalement ramené à l'évènement traumatique et le revivre), un syndrome d'évitement (éviter tout ce qui se rapporte au traumatisme), un syndrome dit « d'hyperactivité neuro-végétative » (état d'hypervigilance, d'alerte et de contrôle), ainsi que des symptômes dissociatifs (perte de conscience de l'environnement, sentiment de devenir un-e observateur-ice de son propre corps)³¹. Deux répondant-e-s utilisent même le terme de public « **poly-traumatisé** » pour décrire la particularité de l'état de santé des personnes exilées. Une personne interrogée résume sous ces termes : « ***lors de leur parcours migratoire, les personnes que nous accompagnons ont souvent vécu des violences diverses, physiques et psychotiques, qui génèrent des traumatismes importants. Cela a de réelles conséquences sur leur santé mental et physique*** ». Une autre précise que « *la question du psycho-traumatisme en situation d'exil est une constante qui interagit négativement avec les démarches de soins* ».

Une prise en charge adaptée et un environnement protecteur sont essentiels dans le cadre de syndromes psycho-traumatiques. Le Comede³² indique en effet que ces syndromes « *ont un impact sur la vie quotidienne* » :

« ***C'est parfois tout le rapport au temps et à l'espace qui subit une altération. Les personnes souffrent de ne pas "se reconnaître", de ne pas être en mesure de faire face aux exigences de témoignage et aux démarches qui leur sont demandées dans leur parcours d'exil. Cela accroît leur souffrance subjective et leur sentiment d'échec. Comprendre les effets des traumatismes permet aux professionnel-le-s de ne pas mésinterpréter certaines attitudes et certains comportements des personnes exilées*** »

³¹ J. Vuillard (2022). « Le psychotrauma : effets, risques et enjeux », Revue Mémoires, n°84(3)

³² Comede (mai 2024). Guide du Comede. « Principaux troubles psychiques »

Cependant, comme l'indique un-e répondant-e, les problèmes de santé des personnes migrantes sont liés au parcours d'exil, mais également « **aux conditions de non-accueil à l'arrivée en France : les personnes sont maintenues dans des situations de précarité qui aggravent leur état de santé** », physique et psychique. L'un des principaux éléments est justement inhérente à la condition d'étranger-e, d'autant plus dans un contexte de « *politiques d'accueil répressives* », la précarité administrative. Une personne parle par exemple de l'impact de la procédure d'asile, longue et particulièrement stressante, et d'un « *racisme et des discriminations subis de la part des administrations* ». Une autre insiste sur « **les ruptures de droits qui empêchent les personnes accompagnées de se soigner convenablement** » et de « *bénéficier de traitements médicaux nécessaires à leur état de santé* ». Un-e répondant-e témoigne d'une personne ayant fait une « *dépression à la suite d'une incapacité à s'intégrer car sans titre de séjour* ». Les personnes exilées doivent ainsi « *faire face à l'attente et à l'incertitude administrative, ce qui peut générer du stress et accentuer leur isolement* ». Qui plus est :

« **les difficultés d'accès aux documents de séjour entraînent des difficultés en cascade** »

C'est notamment le cas concernant l'accès au logement ou à l'hébergement. **Des parcours de rue quasiment systématique et parfois très longs** sont évoqués par 4 répondant-e-s, et des situations d'errance sont également évoquées par 4 répondant-e-s. Deux autres personnes précisent que cette instabilité géographique peut rendre très difficile le suivi des personnes dans leur accès aux droits de santé et aux dispositifs de santé mentale ou somatique. Ces **conditions de survie** peuvent avoir de lourdes conséquences sur la santé, telles que « *des troubles gastriques ou des douleurs ostéoarticulaires* », comme l'indique un-e répondant-e d'un établissement médico-social. Cependant, un-e répondant-e insiste sur le fait qu'accéder à l'hébergement ne permet pas de résoudre ces problèmes, puisque les « **hébergements sont précaires, directifs, et souvent en semi-collectif** », ce qui influe fortement sur la santé mentale des personnes hébergées. Cette précarité se manifeste également par un **manque de ressources financières** « *pour se nourrir et se loger* », puisque de nombreuses personnes accompagnées n'ont pas un droit au travail, comme l'indique une personne interrogée. Cette absence de ressources a de nombreuses conséquences directes sur la santé des personnes migrantes, mais également sur leur possibilité d'accéder aux soins : elles sont « *entravées dans leurs déplacements pour les rendez-vous médicaux* », selon le témoignage d'un-e répondant-e.



Plus de 7 répondant·e·s soulignent les difficultés liées, pour les personnes étrangères, à la **méconnaissance des dispositifs d'accès aux soins**, du système de soins et de leurs droits en matière de santé, comme le résume une personne : *« en arrivant en France, leurs conditions de vie ainsi que le fait de méconnaître les dispositifs de soins et les dispositions pour y accéder fragilisent d'autant plus leur état de santé »*. Le manque d'informations et les difficultés d'expression des problématiques de santé dues à barrière de la langue sont également soulevés par 2 répondant·e·s. Un sentiment de **peur et de méfiance vis-à-vis du corps médical** de la part des personnes exilées est de plus évoqué par 3 personnes ayant répondu à l'enquête. Une indique qu'« il y a bien évidemment des problèmes liés au parcours de vie, qui parfois compliquent le fait "d'oser" ou de se sentir légitime à avoir recours à l'institution médicale, ou expliquent le fait qu'on soit méfiant vis à vis d'elle ». Couplés à « un accès tardif à la couverture maladie en fonction des statuts », ces éléments peuvent avoir de lourdes conséquences, comme « l'absence de prévention, le retard de diagnostic ou de prise en charge, ainsi que l'aggravation de leur état de santé ».

Cette question de la **dégradation de l'état de santé dans les premières années en France** est par ailleurs étudiée par de nombreux·ses chercheur·euse·s. Une phrase tirée d'un article 2012 de Marguerite Cognet, Christelle Hamel et Muriel Moisy résume en effet bien les réponses des professionnel·le·s accompagnant des publics exilés : « les personnes migrantes qui déclarent aujourd'hui une mauvaise santé ont connu la **précarité administrative** dans les premiers temps de leur installation en France avec pour conséquence des **conditions de logement très dégradées**, une limitation de l'accès à l'emploi, une forte exposition à l'exploitation dans le travail, un accès aux soins difficile, qui cumulés ont affecté leur santé »³³.

Au moins 5 répondant·e·s soulignent enfin un rapport particulier à la santé de la part de certaines personnes ayant connu l'exil. Un·e souligne que « l'état d'urgence que provoque l'exil pour les personnes a pour conséquences que le corps met de côté ses souffrances physiques comme psychiques », comme une sorte de coupure entre soi-même, ses expériences, et son corps. Un·e autre ajoute :

« il est difficile, voire inadapté de parler santé avec des personnes qui sont en mode survie et qui, pour ne pas s'effondrer, se coupent totalement de leur corps. On constate un effondrement chez les personnes qui accèdent à des conditions de vie matérielles meilleures, parce qu'elles peuvent enfin se tourner vers la santé »

De plus, comme en témoigne deux répondant·e·s, « dans la plupart des cas, la santé n'est pas une priorité face à d'autres démarches : séjour régulier, travail, hébergement, logement, etc. ». Cette priorité « se situe dans la problématique des non-ressources ». Une personne ayant répondu au questionnaire conclue que :

« La santé n'est pas une PRIORITÉ pour elleux, d'où la nécessité de PARTENAIRES pouvant venir JUSQU'À ELLEUX »

³³ M. Cognet, C. Hamel, et M. Moisy (2012). « Santé des migrants en France : l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe ». Revue européenne des migrations internationales, n°28(2)

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Les résultats de cette enquête sont édifiants sur les nombreuses difficultés dans le parcours de soins des personnes exilées. Il apparaît nécessaire de poursuivre les travaux et actions de plaidoyer pour aller vers une meilleure situation.

C'est pourquoi la Fédération des acteurs de la solidarité au niveau nationale porte un plaidoyer qui sera publié au second semestre 2025. La Fédération à l'échelle de l'Île-de-France porte également ce sujet dans son investissement pour la co-construction des politiques publiques notamment auprès de l'Agence Régionale de Santé. De plus, des actions de formation et d'outillage des professionnel·le·s du réseau sont proposées.

Sur le même thème, publiés par la FAS IdF, vous pouvez consulter :

- [Actes du colloque « Santé des personnes migrantes » du 2 avril 2019](#)
- [Actes de la table ronde « Santé mentale des personnes migrantes » du 8 novembre 2023](#)
- [Fiche de présentation de ressources sur la question de la santé mentale des personnes migrantes](#)

Remerciements à :

Emma Deslandes pour la collecte des données ;
Céleste Bréhier Muscinesi pour l'analyse et la rédaction de l'enquête,
Jeanne Domin pour l'analyse et la rédaction de l'enquête,
ainsi que la conception graphique du présent document ;
Clotilde Hoppe pour le suivi du projet et la relecture du document.

La Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France (FAS IdF) est un réseau qui rassemble 188 associations franciliennes et 530 structures qui accueillent et accompagnent les personnes en situation de précarité.

La Fédération lutte contre les exclusions, promeut l'accompagnement social global et favorise les échanges entre tous les acteurs du secteur social.

La Fédération représente les établissements et services adhérents dans les secteurs de l'insertion par l'activité économique, de la veille sociale, de l'hébergement, du logement adapté, du médico-social ou encore dans l'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés. La Fédération soutient ses adhérents, les forme et les conseille. Elle agit également auprès des pouvoirs publics pour promouvoir une société plus juste et plus solidaire.

Elle participe enfin à des projets d'innovation sociale dont plusieurs sont soutenus par l'État, tels que les programmes SEVE Emploi et Respirations mais également dans le champ des addictions.

www.federationsolidarite.org/regions/ile-de-france/

Contact

Clotilde HOPPE

Chargée de Missions Santé, Asile-Réfugié·e·s-Droit des étranger·e·s

clotilde.hoppe@federationsolidarite-idf.org

01 43 15 13 93